

INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS AUTISTAS, COM ÊNFASE NO ENSINO E APRENDIZAGEM.

SCHOOL INCLUSION OF AUTISTIC CHILDREN WITH EMPHASIS ON TEACHING AND LEARNING

Francielly Rodrigues Pimentel¹, Isadora Felipe Carneiro², Juliana Pereira De Santana³, Sabrina Gabriela Fernandes⁴, Luciane Silva DeSouza⁵; Clayton Roberto; Marcia Friedrich, Rosarlane Gláucia Mendonça Campos; Ricardo de Andrade KRATZ; Lucas Silva FONSECA; Lucas de Oliveira ZUNIGA;

RESUMO

O objetivo desse estudo é analisar o ensino e a aprendizagem na iniciação escolar das crianças diagnosticadas com Transtorno de Espectro Autista (TEA). A legislação brasileira é inclusiva, ou seja, garante a toda criança o direito de estar matriculada e frequentar uma instituição de ensino regular. A pesquisa envolve um levantamento bibliográfico relacionado ao processo de ensino-aprendizagem da criança com autismo com fundamento em Bosa (2002) e Cunha (2016, 2020), bem como aborda uma pesquisa de campo em uma escola pública, na cidade de Goiânia-GO. Para isso, propomos um questionário ao coordenador desta escola da Rede Estadual de Ensino. Percebeu-se que ainda há uma grande lacuna no processo de ensino-aprendizagem de crianças com autismo. É possível perceber certa falta de conhecimento por parte de profissionais da educação em relação ao autismo e à aplicação de estratégias e métodos específicos que auxiliem nesse processo de aprendizagem. Há, no entanto, um avanço significativo nesse sentido; esses profissionais têm buscado mais capacitação em um momento em que as famílias procuram por soluções mais humanas para os seus filhos. Nesse sentido, a família tem sido parte fundamental no processo de ensino-aprendizagem, pois a sua participação na vida escolar da criança contribui para que ele aconteça de forma expressiva.

Palavras-chave: Inclusão escolar. Autismo. Ensino-aprendizagem. Crianças.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze teaching and learning in the initiation of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder (ASD). Brazilian legislation is child-inclusive, or guarantees the right to be enrolled and attend a regular education institution. The research involves a bibliographic survey related to the teaching-learning process of the child with the foundation of autism in Bosa (2002) and Cunha (2016, 2020), as well as a field research in a public school, in the city of Goiânia- GO For this, we propose an internship at this school of the State Education Network. It was noticed that there is still a big gap in the teaching-learning process of children with autism. It is possible to perceive a certain lack of knowledge on the part of education professionals regarding autism and the application of strategies and methods that help in this learning process. There is, however, a significant advance in this direction; these professionals seek more training at a time when their families are looking for more humane solutions for their children. In this sense, the family has been fundamental in the teaching-learning process, as its participation in the child's school life contributes to its occurrence in an expressive way.

Keywords: School inclusion. Autism. Teaching-learning. Children.

¹ Francielly Rodrigues Pimentel. Curso de Pedagogia. E-mail: franrpimentel@hotmail.com.

² Isadora Felipe Carneiro. Curso de Pedagogia. E-mail: isacarneirofelipe@gmail.com.

³ Juliana Pereira de Santana. Curso de Pedagogia. E-mail: julianasantanavilela2@gmail.com.

⁴ Sabrina Gabriela Fernandes Borges. Curso de Pedagogia. E-mail: sabrina.gaby111@gmail.com.

⁵ Luciane Silva de Souza. Professora Orientadora. Doutora em Ciências da Educação, Mestra em Letras e Linguística, graduada em Letras e Linguística, Direito e Pedagogia. Possui pós-graduação *lato sensu* em Educação Inclusiva e em Gestão e Coordenação. E-mail: profalucianesouza@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O relatório de recomendações publicado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC (2021) estima que uma em cada 160 crianças apresente o Transtorno do Espectro Autista - TEA⁶ e que haja no mundo 52 milhões de casos. De acordo com a mesma publicação, embora ainda tenhamos poucas divulgações acerca destes dados no Brasil, estima-se uma população de aproximadamente 2 milhões de indivíduos com TEA.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC (2021) também afirma que, segundo o Censo Escolar da Educação Básica (2019), do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), entre os anos de 2017 e 2018, houve aumento de 37% de alunos com TEA matriculados em escolas da rede regular.

Esses dados no Brasil são bastante imprecisos, mas tendem a mudar. A Lei Nº 13.861/2019 obriga a inclusão de dados do TEA nos Censos Demográficos. Importante acrescentar também que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2017), os estudos epidemiológicos realizados nos últimos 50 anos mostram que a prevalência de TEA parece estar aumentando globalmente.

O diagnóstico do autismo, por ser essencialmente clínico, é feito por meio de observação direta aos comportamentos do paciente, e sustentada por entrevistas com os pais e/ou cuidadores. Os sintomas característicos desse transtorno aparecem antes dos 3 anos de idade e podem ser diagnosticados por volta dos 18 meses. “Os pais normalmente começam a se preocupar entre os 12 e os 18 meses, na medida em que a linguagem não se desenvolve” (KLIN, 2006, p.6).

Antes do surgimento do TEA, tudo que era falado dentro do parâmetro da lei, utilizava-se o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD (FERNANDES, 2016). Quando um professor solicitava uma avaliação médica, era comum o profissional se basear pelos parâmetros da TGD. Esse termo era muito utilizado quando a criança apresentava dificuldades de socialização ou comunicação social, atraso de linguagem, e comportamentos agressivos; independente se houvesse comprometimento intelectual, ou afetasse a evolução acadêmica. O TEA é um tipo de síndrome que se enquadra no grupo das TGD (SCHMIDT, 2004).

⁶ A partir deste momento, utilizar-se-á a sigla TEA para fazer referência ao termo Transtorno do Espectro Autista.

Diante desse quadro, questionamos a abordagem geral e de protocolos do processo de ensino-aprendizagem de crianças autistas em uma escola da Rede Estadual de Ensino de Goiás. Para isso, é preciso analisar os meios que balizam a rotina, o uso concreto das estratégias, os aspectos sensoriais, o planejamento escolar e a participação da família. Assim, podemos compreender qual a maneira correta de utilização dos métodos de ensino, para proporcionar a melhor aprendizagem possível dos conteúdos.

Durante algum tempo, há discussões acerca das pesquisas que abordam a alfabetização de crianças com deficiências e transtornos. Estudos que dissertam sobre as dificuldades envolvidas com o TEA. Sendo assim, o objetivo deste artigo é apresentar os pontos relevantes de atuação com essas crianças, em uma visão geral daquela escola da rede pública de ensino do Estado, e buscar entender como proceder para melhorar o ensino e a aprendizagem. Dessa maneira, buscamos contribuir para a reflexão sobre a possibilidade de melhorar o desenvolvimento intelectual, cognitivo, e conseqüentemente, social da criança com autismo.

Para melhor compreensão do tema, faremos uma abordagem geral sobre os principais aspectos do TEA relacionados às crianças, destacando as principais características, os principais métodos, a visão da rede de apoio destas crianças (escolas e família), assim como aquilo que a legislação tem reservado aos autistas. Por fim, trataremos dos resultados e discussões sobre o modo de inclusão proposto pela escola pesquisada, com o intuito observar a inclusão dessas crianças e o processo de ensino-aprendizagem.

Deste modo, em razão da problemática que o tema traz, é relevante questionar a efetividade das medidas propostas por leis; no sentido de perceber o estágio em que se encontra uma escola da Rede Estadual de Educação de Goiás, em relação à inclusão de pessoa com TEA, e o quanto a possibilita ter a dignidade proposta pela Constituição Federal.

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar qualitativamente a relação ensino-aprendizado que as estruturas escolares têm ofertado a crianças diagnosticadas com TEA, que estão em fase escolar. E como objetivos específicos: identificar o que na literatura tem referenciado acerca do desenvolvimento escolar de crianças autistas; verificar como é feito o atendimento de crianças autistas em uma escola da Rede Estadual de Ensino de Goiás e fazer um prospecto da abordagem do Ensino público para estes casos; entender as diversas perspectivas sobre o ensino e aprendizagem de crianças com TEA e analisar o que se pode fazer para alcance do melhor desenvolvimento possível para estas crianças.

Nossa pergunta-problema foi: Como está o ensino e aprendizagem de crianças diagnosticadas com TEA? Tínhamos como hipótese: As escolas não possuem infraestrutura e capacitação para receber esses alunos com TEA. Nesse sentido, após a pesquisa, conseguimos chegar à seguinte conclusão: Após muito progresso nesse campo, a abordagem desses alunos é satisfatória, mas ainda necessita de aperfeiçoamento nas políticas públicas, nos planos pedagógicos, na infraestrutura física e investimento na capacitação de equipe diretiva.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO AUTISMO

2.1. Histórico dos posicionamentos teóricos sobre o autismo

O termo autismo foi citado em 1906 por Plouller, quando tratava o pensamento de pacientes com diagnóstico de demência. Entretanto, o termo se consolidou em 1911 pelo psiquiatra Eugen Bleuler (GAUDERER, 1993).

Em 1930, Melanie Kain descreveu o caso de uma criança de quatro anos com demência precoce, ela relatou essa criança como uma pessoa carente de afeto e indiferente ao que acontecia ao seu redor, ao ambiente em sua volta, aos brinquedos, e à presença ou ausência da mãe. Na maior parte do tempo, articulava sons sem se comunicar de forma específica. Foi nesse mesmo período que a psiquiatria infantil passou a ser uma especialidade médica independente (ABRÃO, 2020).

Até então, o autismo era um sintoma da esquizofrenia. Em 1943, o psiquiatra infantil Leo Kanner foi o primeiro a descrevê-lo como um transtorno distinto (ARTIGAS-PALLARÈS; PAULA, 2012). Kanner passou a denominá-lo de distúrbio autístico de contato afetivo. Em seu artigo, após acompanhar as 11 crianças, de variadas idades, Kanner, deu início a uma nova perspectiva do que viria a ser esse transtorno. ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

Durante seus estudos, Kanner identificou características marcantes, como a tendência ao isolamento. Para ela, a desordem fundamental estava na incapacidade das crianças de virem a se relacionar de maneira comum com as demais pessoas e sobre as situações vivenciadas desde o começo da vida, havendo, desde o início, extremo isolamento autista. Ao relatar os casos, Kanner procurou descrevê-los detalhadamente, o que veio a reconhecer como uma afecção autônoma e específica ligada aos primeiros anos da infância (ALBUQUERQUE; CORTÊS, 2020).

Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger, em sua observação, sobre a Síndrome de Asperger, notou naquelas crianças: falta de empatia, movimentos descoordenados e repetitivos e hiperfoco. Foi ele também que apontou em suas pesquisas que existe uma grande predominância desse quadro em meninos. A Síndrome de Asperger foi incorporada ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-4 em 1994, descrita como um subtipo dos Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD (AMERICANA, 1995).

1º Síndrome de Asperger: É considerada a forma mais leve entre os tipos de autismo e é três vezes mais comum em meninos do que em meninas. Normalmente, quem possui a síndrome conta com uma inteligência bastante superior à média e pode ser chamado também de “autismo de alto funcionamento”. Também é normal que esse autista se torne extremamente obsessivo por um objeto ou um único assunto – e passe horas discutindo ou falando sobre o assunto. (SILVA *et al.*, 2018, p. 10).

No ano de 1978, ocorre uma grande evolução na classificação desse transtorno. Michael Rutter propôs definir o autismo sob quatro critérios, (KLIN, 2006, p. 2):

- 1) atraso e desvio sociais não só como função de retardo mental;
- 2) problemas de comunicação, novamente, não só em função de retardo mental associado;
- 3) comportamentos incomuns, tais como movimentos estereotipados e maneirismos;
- e
- 4) início antes dos 30 meses de idade. (KLIN, 2006, p. 2)

Depois disso, há alguns novos estudos, conceitos e definições para este transtorno. Mas o evento de maior relevância ocorreu em 2013: o DSM-5 acolhe todas as subcategorias do autismo em um mesmo diagnóstico, que passa a ser Transtorno do Espectro Autista (TEA). Os diagnósticos diferenciam-se apenas pela gravidade de seu caso. A Síndrome de Asperger deixa de ser uma condição diversa e, agora, o TEA é definido apenas pelas deficiências sociais e de comunicação e pela presença de comportamentos repetitivos e estereotipados.

2.2.1 Interação social da criança autista

No Autismo, a interação social é prejudicada e deficitária por vários motivos: problemas sensoriais, atraso de linguagem, dificuldades para usar formas de comunicação ou para perceber sentimentos, gestos e faces humanas. Portanto, esta criança deve ser sempre colocada em atividades sociais, saindo de casa e indo para ambientes onde há outras crianças.

Lemos,

Salomão e Agripino-Ramos (2012, p. 10) destacam que

a relevância dos aspectos sociais da interação para o processo de aquisição da linguagem é indiscutível, tendo em vista que o desenvolvimento da comunicação é fundamentalmente interacional, sendo de grande importância os comportamentos verbais e gestuais. Considerando que os indivíduos com autismo apresentam prejuízos nessas áreas, cabe aos profissionais, que com eles trabalham, utilizarem estratégias que contemplem a aquisição de habilidades que são pré-requisitos para que outras se efetivem.

Diante disso, estimular e intervir precocemente nestes atrasos é essencial e, deve ser empreendido antes. Segundo Höher, Camargo e Bosa (2012, p. 7), “o contexto escolar oportuniza contatos sociais, favorecendo o desenvolvimento da criança autista, assim como o das demais crianças, na medida em que convivem e aprendem com as diferenças”.

Lira (2004, p. 14) descreve que

o professor precisa traçar e reformular planejamentos individuais, além de adaptar recursos de ensino tradicionais e criar estratégias orientadas nas necessidades do educando. Para tanto, é preciso observar os comportamentos das crianças no sentido de apreender detalhes da criança que servirão como indicativos de sua zona de desenvolvimento, podendo, assim, ajudá-la em seu processo de aprendizagem.

Isso só reforça a ideia de que os professores precisam ser mais bem preparados para a utilização de estratégias referentes à comunicação tanto verbal quanto não-verbal que favoreçam a aprendizagem das crianças autistas. De acordo com Silva e Facion (2008, p. 8),

aproveitar a atenção e a iniciativa de crianças com autismo para explorar determinados objetos e utilizar esta iniciativa como via para estabelecer e manter as trocas de ações com essas crianças pode ser uma alternativa frutífera para enriquecer o contato social delas com outras pessoas, tanto com adultos como também com outras crianças.

Assim, para que a criança autista participe mais ativamente das interações que permeiam a rotina escolar, é preciso que o educador, antes de tudo, observe para, depois, adotar estratégias que favoreçam a interação social e, sobretudo, os comportamentos de iniciativa do aluno.

2.2. Autismo e o processo de ensino-aprendizagem

O ensino e aprendizagem são dois movimentos que se fundem para construir o conhecimento. É uma construção dialógica e não interpretativa; expressão própria, da nossa humanidade, que abarca todos, inclusive aqueles com autismo (CUNHA; BORDINI; CAETANO, 2015, p. 15).

O processo de ensino e aprendizagem é de fundamental importância para os indivíduos que possuem TEA. É a partir desse processo que o indivíduo pode se desenvolver e ter uma maior qualidade de vida, os docentes devem promover atividades de acordo com a necessidade de cada indivíduo. De acordo com Cunha (2016, p. 20), “Na escola, devem-se utilizar o afeto e os estímulos peculiares do aluno para conduzi-lo ao aprendizado, porque, na educação, quem mostra o caminho é quem aprende e não quem ensina”.

Após o aluno ser incluído na escola, cabe ao educador fazer a primeira identificação na criança de algo que não está dentro da normalidade, uma conduta essencial para a intensificação à comunicação, interação social da criança no ambiente escolar e na sociedade.

O diagnóstico precoce é o primeiro grande instrumento da educação. O que torna o papel docente fundamental, pois é na idade escolar, quando se intensifica a interação social das crianças, que é possível perceber com maior clareza singularidades comportamentais. Será sempre pertinente o professor ou a professora observar atentamente seu aluno, quando este apresentar algumas das seguintes características comportamentais: retrai-se e isolar-se das outras pessoas; não manter o contato visual; desligar-se do ambiente externo; resistir ao contato físico; inadequação a metodologias de ensino; não demonstrar medo diante de perigos; não responder quando for chamado; birras; não aceitar mudança de rotina; usar as pessoas para pegar objetos; hiperatividade física; agitação desordenada; calma excessiva; apego e manuseio não apropriado de objetos; movimentos circulares no corpo; sensibilidade a barulhos; estereotípias; ecolalias; ter dificuldades para simbolizar ou para compreender a linguagem simbólica; e ser excessivamente literal, com dificuldades para compreender sentimentos e aspectos subjetivos de uma conversa. (CUNHA, 2016, p. 24-25).

A escola é, sem dúvida, o passo inicial para a integração e a inclusão do aluno autista. Kupfer (2007, p. 36) destaca que:

A criança moderna é uma criança indissolúvelmente ligada ao escolar, que lhe atribui o lugar social, a inserção social, é o que a constitui, o que lhe dá identidade [...]. A história sublinha então uma dimensão da infância que é dada pelo campo social, que a enquadra, lhe dá significação e interpretação. O campo social também define um tempo para essa infância, que é justamente a escolarização obrigatória.

Desde o nascimento da criança, sabe-se que todo o desenvolvimento e a aprendizagem são processos naturais de cada indivíduo, mas a aprendizagem escolar é diferente da aprendizagem espontânea, pois a escola é que produz algo novo e diferente no processo de desenvolvimento da criança. Um ensino para todos os alunos na perspectiva inclusiva há que se distinguir pela qualidade, o desafio de fazê-lo acontecer é uma tarefa que deverá ser para todos os que compõem o sistema de educação.

É necessário considerar que o curso de desenvolvimento desse sujeito passa pela colaboração, pela ajuda social de outra pessoa, que inicialmente é a sua razão, sua vontade, sua atividade. Essa tese coincide plenamente com o curso normal do desenvolvimento da criança. (ANACHE, 2008, p. 52)

Para que haja uma qualidade no ensino, são necessárias iniciativas de todos os envolvidos (gestores, pedagogos, professores, coordenadores, pais, alunos e demais profissionais da área) busquem e lutem pelo mesmo ideal, que é a melhoria do ensino-aprendizagem em todas as escolas, segundo as suas necessidades.

Cada escola é única, com seus problemas sociais, sua realidade, vivências, assim como seus alunos que são singulares. As mudanças necessárias para melhor atender uma instituição escolar e todos os que nela pertencem não acontecem por acaso e nem de forma instantânea.

Na escola este indivíduo tem que ser assistido por um corpo docente capacitado, com metodologias que auxiliem no seu desempenho. Os professores devem assistir esse aluno por meio da observação, é identificar a metodologia que irá desenvolver com este aluno. (CUNHA, 2020, p. 49)

O processo de conhecer o educando se inicia já na primeira entrevista com os pais ou com o próprio estudante. De acordo com Cunha (2016, p. 23),

O autismo tem que ter um olhar pedagógico e sabermos como lidar na escola e como abordá-lo, os sintomas variam muito de indivíduo para indivíduo. Em alguns quadros, há o acometimento de convulsões, já que o transtorno pode vir associado a diversos problemas neurológicos e neuroquímicos.

O currículo deve ser flexível a mudanças, pois não se tem uma metodologia pronta para se trabalhar; cada indivíduo é único com suas especificações e dificuldades. Cabe aos educadores saber identificar e trabalhar metodologias adequadas para que o indivíduo se desenvolva de forma satisfatória.

2.2.1. Métodos de aprendizagem TEACCH, PECS e MONTESSORI

As práticas pedagógicas, de modo geral, possibilitam oportunidades para que as atividades propostas pelos educadores sejam significativas para os alunos. Assim, abordaremos três métodos de aprendizagem, são eles: o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*), o PECS (*Picture Exchange Communication System*) e o Montessori.

TEACCH significa Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relacionados com a Comunicação. É um programa educacional e clínico com uma prática predominantemente psicopedagógico, criado a partir de um projeto de pesquisa que buscou observar profundamente os comportamentos das crianças autistas em diversas situações frente a diferentes estímulos (LOCATELLI; SANTOS, 2016, p. 214).

O PECS é um sistema muito utilizado para a comunicação de autistas, que ressalta a relação interpessoal, em que ocorre um ato comunicativo entre o indivíduo com dificuldade de fala e um adulto, por meio de troca de figuras, e estimulação com apoio visual, em uma sequência lógica permitindo ao autista expressar seus desejos e sentimentos (LOCATELLI; SANTOS, 2016, p. 210).

Já Maria Montessori revolucionou o processo de ensino-aprendizagem de sua época, pois eram bastante rígidos e tradicionais. A autora acreditava que as crianças podem se desenvolver espontaneamente a partir das vivências, dos estímulos da experimentação, em um ambiente adequado onde possa se desenvolver respeitando o tempo de cada indivíduo (FERNANDES; DE ARAÚJO, 2014, p. 250).

Os discentes trabalham com os docentes a partir do método da observação, em que podem identificar sua deficiência no processo ensino-aprendizagem, desenvolvê-los e identificar seus conhecimentos adquiridos. De acordo com Cunha (2020, p. 35):

o método montessoriano influenciou as teorias científicas e educacionais, difundindo-se mundialmente, incorporando-se a muitas instituições e práticas pedagógicas. Ainda assim, concomitante aos primeiros interesses da Pedagogia, a Medicina continuou a se preocupar com a educação especial.

As metodologias utilizadas por Montessori são difundidas para a educação especial. Para os alunos que possuem o autismo, esse método é o mais adequado para o seu desenvolvimento, pois o aluno é assistido por meio da observação, com a utilização de materiais didáticos.

2.3. Participação da família no tratamento e desenvolvimento de crianças autistas

Para o autista, a família tem um papel muito importante no desenvolvimento. Ela pode desenvolver uma série de atividades para torná-los mais independentes, tais como escovar os dentes e trocar de roupas sozinhas, passeios em parques para que tenha contato com outras pessoas. São ações simples, mas muito importantes para o seu desenvolvimento, pois, assim, a criança autista se tornará mais sociável.

Importante ressaltar que, nesse contexto, a família e a escola têm que caminharem juntas para que o desenvolvimento seja progressivo e ocorra de forma satisfatória. De acordo com Bosa (2002), as famílias modificam suas expectativas e valores com relação ao tratamento de seu filho pela fase de desenvolvimento da criança e do contexto familiar.

As práticas inclusivas nas escolas envolvem uma série de variáveis, que passam pela disponibilidade da direção em receber e realizar as adequações necessárias; pela experiência, formação, crenças e características pessoais dos professores; pelas características dos demais alunos inseridos na sala de aula; pela participação das famílias; e, principalmente, pelas características da criança com TEA (LEMOS; SALOMÃO; AGRIPINO-RAMOS, 2016, p. 353).

Sendo assim, ao conceber a escola como um espaço interdisciplinar, é essencial que a família esteja preparada para trabalhar de forma colaborativa com os professores, com a comunidade e com os demais profissionais que fazem parte da ação educativa. Todos, principalmente a família, devem ser parte colaborativa no planejamento de intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida dos alunos, promovendo, assim, o seu desenvolvimento e aprendizagem.

2.4. Constituição Federal de 1988

A Educação Inclusiva tem ganhado bastante força e investimentos. Visando uma educação para todos, com práticas pedagógicas, as leis e regulamentos em prol de uma educação inclusiva estão sendo mais e melhor elaboradas.

O sistema educacional do Brasil é estruturado a partir de duas legislações principais: as diretrizes gerais da educação que são estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

De acordo com Silva e Peroni (2013), a atual Constituição Federal trouxe avanços em prol do direito à educação, pois reconhece, expressamente, a educação como um direito público subjetiva.

O capítulo III da Constituição Federal (1988) trata da Educação, da Cultura e do Desporto. A seção I refere-se especificamente à Educação. O texto constitucional mostra-se bastante relacionado às pautas inclusivas:

Art. 205. **A educação, direito de todos e dever do Estado e da família**, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, **visando ao pleno desenvolvimento da pessoa**, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Art. 206. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;- liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber.

[...]

Art. 208. O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

[...]

II - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente **na rede regular de ensino**;

[...]

V - acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, **segundo a capacidade de cada**;

[...]

Art. 214. **A lei estabelecerá o plano nacional de educação**, de duração decenal, com o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades por meio de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas que conduzam a:

[...]

II - **universalização** do atendimento escolar; (BRASIL, 1988 - grifo nosso).

Logo, a Constituição é o documento base da educação. É a partir dela, que os outros documentos surgiram. Por isso, encontramos na LDB e até no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA a regulamentação do que foi estipulado para as crianças na Constituição Federal de 1988.

2.4.1. Declaração de Salamanca

A Declaração de Salamanca foi criada em 1994, na cidade de Salamanca, na Espanha. Ela “oferece um ordenamento de ações que preconizam os encaminhamentos educativos com ênfase na educação inclusiva” (BREITENBACH; HONNEF; COSTAS, 2016). Ela veio conduzir a inclusão, nas políticas educacionais já presentes nas escolas públicas e privadas (BUENO, 2006).

Já havia pessoas com necessidades especiais presentes nas instituições de ensino, mas faltava-lhes regulamentação e diretrizes bases para as práticas educativas. De acordo com Breitenbach, Honnef e Costas (2016, p. 365):

já a versão da Declaração de Salamanca disponível hoje no website do Ministério da Educação está envolta em um cenário político que aloca, na educação, a responsabilidade pela inclusão social e, dessa maneira, pode-se observar massivos investimentos na Educação Profissional e Tecnológica e no Ensino Superior, realizados com slogan de garantia de educação para todos, a qual possibilitará ao cidadão a inserção no mercado de trabalho e nas condições de consumo. Nessa lógica, no campo educacional, a educação inclusiva ganha força focada no âmbito da Educação Especial como sua promotora e responsável na escola.

No Brasil, a Declaração de Salamanca trouxe a responsabilidade da inclusão social na educação. Esse avanço faz com que tenha grandes investimentos na educação inclusiva, não só na Educação Básica, como também dentro de Educação Profissional, Tecnológica e no Ensino Superior, garantindo, assim, a educação para todos e a inclusão na sociedade.

2.4.2. Lei de Acessibilidade, Lei da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e o Estatuto da Pessoa com Deficiência

A Lei de Acessibilidade, Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, foi sancionada com o objetivo de promover às pessoas com deficiência e às pessoas com mobilidade reduzidas a eliminação de barreiras.

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. (BRASIL, 2000).

Já é um grande avanço a Lei da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, Lei Nº 12.764/12, equiparar o autista às pessoas com deficiência. Ela é a primeira lei que estabelece a relação de pessoa com TEA com a sociedade civil. No que se relaciona à criança autista, a qual é o foco da nossa abordagem, destacam-se estas providências legais:

Art. 1º Esta Lei institui a **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista** e estabelece diretrizes para sua consecução.
[...]

Art. 2º São **diretrizes** da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:
[...]

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, **objetivando o diagnóstico precoce**, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;
[...]

VII - o **incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados** no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;
[...]

Art. 3º São **direitos** da pessoa com transtorno do espectro autista:



[...]

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

- a) o **diagnóstico precoce**, ainda que não definitivo;
- b) o **atendimento multiprofissional**;
- c) a **nutrição** adequada e a **terapia** nutricional;
- d) os medicamentos;

IV informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;- o acesso:

- a) **à educação e ao ensino profissionalizante**;

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, **a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular**, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá **direito a acompanhante especializado** (BRASIL, 2012 - grifos nossos).

A Lei do Autista é bastante específica e relativamente curta, mas é rica em conteúdo de direito ao autista. Entretanto, é preciso atentar-se para a sua invocação e ao seu extensivo e bom uso para que as suas condições mudem aos olhos de toda sociedade. Nessa perspectiva, pessoas com deficiências foram, por anos, excluídas e isoladas da sociedade; o país padecia de normatizar a situação dessas pessoas. Felizmente, hoje, um marco e modelo que veio para orientar práticas governamentais em função das pessoas com deficiência.

Art. 27. A **educação constitui direito da pessoa com deficiência**, assegurados sistema educacional inclusivo **em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida**, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem.

Parágrafo único. **“É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência**, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação.

Art. 28. Incumbe ao poder público assegurar, criar, desenvolver, implementar, incentivar, acompanhar e avaliar.

I - **sistema educacional inclusivo** em todos os níveis e modalidades, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida;

II - aprimoramento dos sistemas educacionais, visando a **garantir condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem, por meio da oferta de serviços e de recursos de acessibilidade** que eliminem as barreiras e promovam a inclusão plena;

III - **projeto pedagógico** que institucionalize o atendimento educacional especializado, assim como os demais serviços e adaptações razoáveis, **para atender às características dos estudantes com deficiência e garantir o seu pleno acesso ao currículo em condições de igualdade**, promovendo a conquista e o exercício de sua autonomia;

[...]

VIII - participação dos estudantes com deficiência e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar;

[...]

X - adoção de práticas pedagógicas inclusivas pelos **programas de formação inicial e continuada de professores** e oferta de formação continuada para o atendimento educacional especializado;

XI - **formação e disponibilização de professores para o atendimento educacional especializado**, de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes e de profissionais de apoio;

[...]

XVII - **oferta de profissionais de apoio escolar**;
(BRASIL, 2015 - grifos nossos).

A Lei assegura, então, que o Estado, assim como a sociedade e a família, tem o dever de promover a educação e, conseqüentemente, a inclusão das pessoas com deficiências, sendo papel do poder público assegurar, incentivar e avaliar, resguardando assim os direitos das pessoas com deficiência.

3. METODOLOGIA

Esta pesquisa busca entender e compreender a realidade das crianças autistas no âmbito escolar, suas vivências, aprendizagens e as condições criadas pelo ambiente para o seu desenvolvimento.

Para chegar aos objetivos propostos, partiu de pesquisas: bibliográfica, documental e descritiva. Utilizou-se o método qualitativo. Como pesquisa técnica, realizamos a visita e uma entrevista com professores da Escola Estadual Nhanhá do Couto, no município de Goiânia, Goiás.

A pesquisa bibliográfica desse trabalho final de curso foi fundamentada através de livros e artigos que tratam sobre o tema do ensino e aprendizagem de crianças com TEA; em especial, livros sobre autismo e o ensino inclusivo.

A pesquisa bibliográfica, para Fonseca (2002, p. 32),

é realizada [...] a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

A Pesquisa de Campo é a ida ao local de estudo para observação e busca de dados. A pesquisa de caráter descritivo apresenta o objetivo de descrever as características de um grupo e os fatos observados, sem que haja interferência do pesquisador (GIL, 2008; PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa de campo desse trabalho final de curso foi feita por meio de entrevistas com os responsáveis pelo acolhimento e acompanhamento de alunos com necessidades especiais, com TEA, que frequentam a Escola Estadual Nhanhá do Couto.

Utilizamos a técnica da entrevista, cuja finalidade é a troca entre as pessoas em busca de informações sobre um determinado assunto, mediante uma conversa.

A obtenção de dados que forneçam informações essenciais sobre o objeto de estudo envolve a utilização de técnicas e aplicação de instrumentos específicos que viabilizem a aproximação do pesquisador com a realidade de interesse, permitindo a imersão no fenômeno investigado (OLIVEIRA, 2010, p. 67).

A Pesquisa Documental é a coleta de dados diretamente de documentos escritos ou não, já elaborados. De acordo com Flick (2009, p. 222),

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. Ainda, uma pesquisa é caracterizada como documental quando essa for a única abordagem qualitativa, sendo usada como método autônomo. Porém, também é possível utilizar documentos e análise de documentos como estratégias complementares a outros métodos.

A Pesquisa Descritiva retira e descreve características específicas e referentes ao objeto em estudo. Para Triviños (1987, p. 112)

os estudos descritivos podem ser criticados porque pode existir uma descrição exata dos fenômenos e dos fatos. Estes fogem da possibilidade de verificação através da observação. Ainda para o autor, às vezes não existe por parte do investigador um exame crítico das informações, e os resultados podem ser equivocados; e as técnicas de coleta de dados, como questionários, escalas e entrevistas, podem ser subjetivas, apenas quantificáveis, gerando imprecisão.

O Método Qualitativo consiste em investigações de dados não estatísticos; busca compreender processos dinâmicos, como pensamentos e comportamentos. Minayo (2010, p. 57) descreve que “é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Descrição da Escola Estadual Nanhá do Couto

A instituição que é o objeto dessa pesquisa pertence à Rede de Educação Estadual de Ensino. Chama-se Escola Estadual Nanhá do Couto e fica localizada no Setor dos Funcionários, em Goiânia, Goiás. Nela, são ofertadas aulas para as crianças dos anos iniciais e finais do Ensino Fundamental.

A escola recebe esse nome em homenagem à Maria Angélica da Costa Brandão, que ficou conhecida como Nanhá do Couto. Ela foi pianista, cantora lírica, professora e uma incentivadora da música erudita.

Na antiga capital do Estado, cidade de Goiás, ela tornou-se uma espécie de líder dos movimentos culturais e influenciou o ensino da música de piano. Musicista e promotora

cultural, montou a primeira orquestra da cidade de Goiás, compondo os fundos musicais para os filmes mudos. Fundou um clube carnavalesco de mulheres e a primeira orquestra feminina do Brasil.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, no ano de 2019, a escola tinha 523 alunos matriculados, 19 turmas, 25 docentes e 17 auxiliares/monitores/tradutores de Libras. O IDEB é um indicador de qualidade educacional que combina informações de desempenho em exames padronizados (Prova Brasil ou Saeb) com informações sobre rendimento escolar (aprovação). Os valores atribuídos pelo IDEB a esta Escola são de 7,2 para os anos iniciais e 6,3 para os anos finais do Ensino Fundamental; numa escala de 0 a 10. Estes são valores considerados muito satisfatórios para uma escola.

Comparadas às demais escolas nacionais ranqueadas pelo IDEB, a Escola Nhanhá do Couto, respectivamente, está entre as 6% e 3% melhor avaliadas. Esta é, portanto, uma escola com avaliação muito boa.

O número de matrículas de alunos na educação especial (alunos especiais, classes especiais e incluídos) naquele ano eram 32 alunos, segundo o IDEB. Entretanto, hoje, conta com docentes com formação continuada em Educação Especial e uma ampla sala com recursos multifuncionais capacitados para todos os tipos de deficiências. Ela possui: jogos interativos, mapas em Libras e Braile, máquina de escrever em Braile e jogos matemáticos adaptados.

A Escola Estadual Nhanhá do Couto oferece uma estrutura necessária para o desenvolvimento educacional dos seus alunos, como por exemplo: aparelhos multifuncionais, como data show; internet banda larga em todo ambiente escolar; amplo recurso tecnológico com chromebook, TV's de 55 polegadas em todas as salas de aula; climatizados de ar em algumas dependências da escola; reciclagem de lixo; biblioteca; quadra esportiva coberta; área de convivência; banheiros adaptados sala do professor; alimentação balanceada oferecida pelo Estado de Goiás e com orientação de nutricionistas.

4.2. Análises das entrevistas

Fizemos três entrevistas com pessoas envolvidas no processo de acolhimento, acompanhamento e desenvolvimento de crianças com TEA na Escola Estadual Nhanhá do Couto.

Um dos maiores entraves para a inclusão de alunos com TEA são as estruturas escolares, tanto físicas como profissionais. E foi possível perceber nas entrevistas que a Escola Estadual Nhanhá do Couto já desenvolve um longo trabalho com a educação de crianças especiais. Mas

pela individualidade de cada um dos casos dos autistas, as dificuldades se perpetuam a cada novo aluno, pois são ritmos, necessidades, histórias e capacidades totalmente distintos.

Cada uma das crianças demanda a sua própria velocidade de adaptação e de acompanhamento. Essa relação entre a fase de desenvolvimento e o potencial da criança é essencial. Entender onde ela está e o que se pode exigir dela representam um ponto de partida. Os profissionais relataram que o início de cada história é desafiante. Pensar na adaptação da criança e vislumbrar a rotina adequada é uma das maiores dificuldades.

Todavia, essas dificuldades têm sido bem contornadas. A escola tem se preocupado com a formação e a capacitação das equipes que circundam estas crianças. Os professores de sala e os professores de apoio são bem preparados para acolher e receber os alunos, além de mediar os conflitos e ruídos que possam vir a ocorrer com os demais elos dessa rede, sejam colegas ou profissionais. Além disso, apontam o diálogo com a família e com os próprios alunos, além de atividades orientadas como essenciais para a superação das dificuldades criadas nesse processo. Outro fator importante neste enredo é o impacto do ensino-aprendizado para estas crianças. Percebemos na escola, nas entrevistas, que o objetivo principal da inclusão dos alunos é a interação social. Neste cenário, as atividades em sala de aula têm menor relevância para estas crianças portadoras de TEA, visto que há uma entrega relativamente menor comparada às demais crianças. O tempo de aprendizado e adaptação aos exercícios são mais lentos. Mas,

apesar da maior dificuldade, isso não se torna impeditivo para realização das atividades.

Os professores se preocupam com as respectivas adaptação e flexibilização do conteúdo para que caibam em suas limitações. Todos os exercícios propostos são realizados, de acordo com a base curricular de cada uma das necessidades especiais. O grande objetivo é explorar o potencial da criança e estimular a superação de suas dificuldades, impulsionando as suas habilidades, de modo a incentivar a leitura, a escrita e o conhecimento prévio, sempre que possível.

Quanto à metodologia e às estratégias de ensino adotadas para o melhor desempenho das crianças com autismo, vimos que há uma certa evolução das propostas pela literatura. Sabe-se que há diversos modos, mas o principal é a confiança e a rotina da criança, assim como autonomia e interação.

Podemos perceber, de forma clara, nas respostas obtidas, que a Escola Estadual Nhanhá Couto possui tais conceitos solidificados e demonstra-os em sua atuação diária com os alunos com TEA. Sobre este ponto, os professores relatam que é importante manter a rotina, pois ela gera segurança e estabilidade para a criança autista. Junto a isso, a própria necessidade de flexibilização das atividades faz o aluno sentir-se capaz de superar a si e aos obstáculos.

É importante ressaltar a necessidade de receber os estímulos visuais e sonoros destes alunos, dando-lhes comandos claros e objetivos para que compreendam. Os professores relatam ainda que, para auxílio da execução destas tarefas, a escola conta com aparelhos e instrumentos cujos objetivos são instigar e desafiar a capacidade cognitiva destas crianças. Com isso, as evoluções são consideráveis, principalmente, nos níveis de adaptação.

Seguindo, entendemos que o ambiente escolar é um dos principais e mais complexos componentes desse processo de adaptação. A cada ciclo, a escola precisa se reinventar e readaptar para criar as condições ideais e necessárias para o acolhimento daquelas pessoas. Para isso, é fundamental que haja um planejamento escolar que envolva todos os caminhos possíveis e viáveis para a sua recepção.

Neste ponto, essa escola mostra-se bastante preparada. Embora haja muitos desafios, os professores creem que as diversas experiências que tiveram com alunos TEA têm ajudado na preparação e na recepção dos alunos seguintes. Quanto ao planejamento, é essencial a participação e comprometimento de todos os envolvidos (equipe de professores, profissionais de apoio e gestores).

Outro fator muito relevante neste contexto é o grau de envolvimento da família. Ela é essencial e pode desenvolver uma série de atividades em casa e/ou junto à escola para tornar o aluno TEA mais independente. Há uma série de práticas que passam pela voluntariedade da escola, mas é essencial que a família esteja preparada para trabalhar em conjunto com os professores.

A família deve ser um dos principais elos dessa intervenção à criança e parte integrante desse processo, já que esta é a instituição que a criança autista reconhece e teve acesso. É a família que sabe todas as particularidades, dificuldades e potencialidades da criança; por isso, somente com a sua integração com a escola poupara a todos de um longo caminho de erros e mais sofrimentos para a criança.

Neste sentido, todos na Escola têm opinado que o caminho é incentivar e oferecer condições necessárias para a presença da família. Os professores relatam que as portas da escola estão abertas para recebê-los em qualquer parte do processo: seja na organização ou adaptação. Ainda, a comunicação em via dupla é essencial para que os educadores entendam

as suas realidades e para que a família consiga, junto à escola, o progresso da sala de aula em casa.

Sabe-se que, historicamente, esse é um problema que foi negado e, por muito tempo, pessoas com TEA eram segregados. Elas viviam em uma outra realidade, distante da sociedade; não eram aceitas e os autistas eram excluídos do convívio social. Depois disso, houve um movimento para integração, mas, apesar de serem aceitos e frequentarem as escolas, eles eram separados dos demais alunos. Percebeu-se, então, que a melhor solução para o desenvolvimento dessas crianças autistas era a inclusão. Depois disso, provou-se que é viável e possível que elas dividam os ambientes com outras crianças.

Nota-se que houve um certo receio que, naturalmente, ocorre com o advento de mudanças dessa dimensão. Mas ficou evidente que essa nova realidade foi benéfica para todos; o desenvolvimento destas crianças foi gradualmente potencializado. É possível perceber a mudança de comportamento quando estão em sala de aula com seus colegas. Todavia, isso pode ser um reflexo de diretrizes da escola, que preza cada vez mais por estabelecer relações mais empáticas, que envolvam alunos, professores e gestão.

Ainda nesse contexto, a relação entre os demais alunos e aqueles com TEA evoluem de forma muito natural e bastante efetiva. Há muito respeito, acolhimento e um crescimento mútuo. É natural que tenham algum cuidado, pois cada aluno tem sua especificidade. Além disso, esse processo de construção das relações requer bastante atenção, já que pode haver um grande descompasso entre as entregas e desejo de cada uma das partes. Esse sentimento de pertencimento é benéfico para o desenvolvimento e a autoestima das crianças com TEA.

Partindo de tudo isso que foi posto, é evidente que este é um processo ao qual ainda podemos vislumbrar progressos. As instituições que aceitam essas crianças também se responsabilizam pelo desenvolvimento dessas crianças e pela inserção delas no meio em que vivem. Mas é evidente que a estrutura de acolhimento ainda é precária e precisa de melhorias.

Na Escola Estadual Nanhá do Couto, percebe-se esse progresso, mas há também algumas queixas a respeito do que poderia já ser diferente. Faltam-lhes recursos, apoio e preparação para algumas ações. Todos sentem falta de melhor capacitação e orientação para os membros da escola. Isso, inclusive, pode ser estendido às famílias.

Em consonância com tal situação, é possível que novos recursos e estratégias sejam adotados. Nota-se que, apesar de apresentar um resultado muito satisfatório, não há nenhuma alternativa à figura do professor de apoio; em tempo que, também padecem de propostas curriculares mais dirigidas e elaboradas para necessidades específicas. Soma-se a isso a falta de um plano característico e peculiar de avaliações orientadas para esse tipo de necessidade especial, de forma que possamos ponderar na avaliação a necessidade específica de cada uma dessas crianças.

Enfim, vamos à percepção do que ainda se pode ser feito em nível governamental, em função dessa causa. Uma das principais queixas é sobre a falta de regulamentação de uma flexibilização e/ou das avaliações. Além disso, pede-se maior efetividade ao cumprimento das ações propostas em dispositivos legais, incluídos programas que desenvolvam a participação ativa das famílias no processo de acolhimento e desenvolvimento.

De tudo isso, compreendemos que a situação de crianças autistas em escolas de ensino regular resulta de uma evolução didática e pedagógica, que perpetua ao longo destes últimos anos. Associada a isso, percebemos uma predisposição em ajudar muito grande por parte dos profissionais da Escola Estadual Nhandá do Couto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão da criança com TEA deve estar muito além da sua presença na sala de aula; deve-se priorizar a aprendizagem e o desenvolvimento das habilidades e das potencialidades.

A educação tem se mostrado uma grande ferramenta para o desenvolvimento de uma criança autista. A sua presença na escola permite-lhe tanto aprender matérias regulares quanto inteirar-se de atividades do cotidiano. Para que o aluno autista desenvolva suas habilidades, é necessária uma estrutura escolar preparada, com profissionais capacitados e uma família que se envolva no processo.

Se a adaptação se torna um problema para a criança, a unidade escolar deve pensar de forma singular esse ambiente para o autista. Por isso, é recomendável que se adote métodos de aprendizagem, e desenvolva rotinas e ambientes que envolvam e acolham esta criança, de modo que o ambiente se adapte à sua realidade, e não o inverso.

A respeito da realidade apresentada pela Escola Estadual Nhandá do Couto, podemos perceber que se trata de uma unidade escolar em estágio bastante avançado quanto à preparação para acolhimento de crianças com TEA. Ela tem trabalhado a inclusão de alunos com necessidades especiais há alguns anos.

Em contrapartida, as indicações do IDEB mostram que esta é uma escola muito bem classificada. Está entre as melhores das escolas ranqueadas, nacional e localmente. Por certo, se destoa do que a Rede de Ensino Público tem oferecido às nossas crianças. Sendo assim, considera-se que, provavelmente, as boas práticas visualizadas na Escola Nanhá do Couto não sejam replicadas em outras escolas com índices inferiores aos dela.

Conclui-se que ainda há uma longa jornada até a total inclusão de alunos com TEA. Todo o processo percorrido até as datas recentes estão muito aquém do que é legalmente proposto. Porém, ainda assim, já há consideráveis avanços e uma enorme esperança de que sejamos exemplos para o mundo, na situação de desenvolver o bem-estar de crianças com TEA.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Os primórdios da Psiquiatria Infantil e seus reflexos no Brasil. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, v. 37, 2020.

ALBUQUERQUE, Alessandra Rocha de; CÔRTEZ, Maria do Socorro Mendes; Contribuições para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista: De Kanner ao DSM-V. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, p. 864-880, 2020. Disponível em: <<http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/248>>. Acesso em maio de 2022.

AMERICANA, Associação Psiquiátrica. Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, 5ª edição-DSM-5. **Porto Alegre: Artmed**, 1995.

ANACHE, Alexandra Ayach. As contribuições da abordagem histórico-cultural para a pesquisa sobre os processos de aprendizagem da pessoa com deficiência mental. In: JESUS, Denise Meyrelles. et al. **Educação especial: diálogo e pluralidade**. Porto Alegre: Mediação, 2008.

ARTIGAS-PALLARÈS, Josep; PAULA, Isabel. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, v. 32, n. 115, p. 567- 587, 2012.

BOSA, C. Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In: Baptista, C. R.; Bosa, C. (Org.). **Autismo e educação**. Porto Alegre: Artmed. 2002.

BRASÍLIA (DF). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Censo Escolar da educação básica (2019)**. Brasília, 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em maio de 2022.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm. Acesso em maio de 2022.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.764%2C%20DE%2027%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202012.&text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,11%20de%20dezembro%20de%201990. Acesso em maio de 2022.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em maio de 2022.

BRASÍLIA (DF). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo**. Brasília, 2021.

BRASÍLIA (DF). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb>. Acesso em 31 jan.2022.

BRASÍLIA (DF). Organização Pan-americana da Saúde / OPAS. In: _____ **Transtorno do espectro autista**. Brasília; 2022. Disponível em <https://www.paho.org/pt/topicos/transtorno-do-espectro-autista> . Acesso em 31 jan.2022.

BREITENBACH, Fabiane Vanessa; HONNEF, Cláucia; COSTAS, Fabiane Adela Tonetto. Educação inclusiva: as implicações das traduções e das interpretações da Declaração de Salamanca no Brasil. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 24, p. 359-379, 2016.

BUENO, Silvana Beatriz. A biblioteca e a brinquedoteca: mediadores do livro, objeto prazeroso de saber e lazer no ambiente escolar. **Ciências & Cognição**, v. 8, 2006.

CUNHA, Eugênio. **Autismo na Escola: Um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2016.
_____. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Digitaliza Conteúdo, 2020.

CUNHA, Gracielle Rodrigues da; BORDINI, Daniela; CAETANO, Sheila Cavalcante. Autismo, transtornos do espectro do autismo. In: CAETANO, Sheila Cavalcante; LIMA-HERNANDES, Maria Célia; PAULA, Fraulein Vidigal de; RESENDE, Briseida Dôgo de; MÓDOLO, Marcelo (Orgs.). **Autismo, linguagem e cognição**. Jundiaí: Paco, 2015.

FERNANDES, Hercília Maria; DE ARAÚJO, Marta Maria. Pedagogia científica à descoberta da criança. MONTESSORI, Maria Tecla Artemesia. Pedagogia científica: a descoberta da criança. Tradução Aury Azélio Brunetti. São Paulo: Editora Flamboyant, 1965. Revista Educação em Questão, v. 50, n. 36, p. 248-252, 2014.

FERNANDES, Alexandra AS. **Autismo**. Clube de Autores, 2016.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GAUDERER, E. C. **Autismo**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1993.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. Editora Atlas, São Paulo, 6. ed., 2008.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 28, p. s3-s11, 2006. LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. reimp. São Paulo: Atlas, v. 310, 2007.

LEMOs, Emellyne Lima de Medeiros Dias; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro; AGRIPINO-RAMOS, Cibele Shirley. Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 20, n. 1, p. 117-130, 2012.

LEMOs, E. L. D. M. D., SALOMÃO, N. M. R., AQUINO, F. D. S. B.; AGRIPINO-RAMOS, C. S. (2016). Concepções de pais e professores sobre a inclusão de crianças autistas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28, 351-361.

LIRA, S. M. **Escolarização de alunos autistas: histórias de sala de aula**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

LOCATELLI, Paula Borges; SANTOS, Mariana Fernandes Ramos. Autismo: propostas de intervenção. *Revista Transformar*, v. 8, n. 8, p. 203-220, 2016.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2. ed., 2013.

SCHMIDT, Carlo. **Estresse, autoeficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de transtornos globais do desenvolvimento**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

SILVA, Jeisiane et al. **Diagnóstico do autismo na primeira infância**. SEFIC 2018.

SILVA, M. F. M. C.; FACION, José Raimundo. Perspectivas da inclusão escolar e sua efetivação. **Inclusão escolar e suas implicações**. 2ª ed. Curitiba: Ibepex, p. 185-216, 2008.

SILVA, Maria Vieira; PERONI, Vera Maria. As mutações na oferta da educação pública no período pós-Constituição Federal e suas implicações na consolidação da gestão democrática. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação-Periódico científico editado pela ANPAE**, v. 29, n. 2, 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

1 - Quais foram as principais dificuldades da escola ao receber alunos autistas? E como foram contornadas?

2 - Referente ao ensino e à aprendizagem desses alunos, qual é o cuidado que a escola tem em relação ao conteúdo que é ministrado para o aluno?

3 - Quais as metodologias, conhecimentos, estratégias a escola tem considerado mais aptas ou adequadas para trabalhar com estes alunos? E tem mostrado evolução?

4 - Quanto à parte do planejamento escolar, que é fundamental para um ano letivo com sucesso e bons resultados. Como se deu o planejamento escolar para receber esses alunos? Quem esteve envolvido no plano de recepção e adaptação deles à escola?

5 - Qual o papel da família nesse processo? Como a família pode atuar para agilizar a inclusão e facilitar a adaptação desses alunos?

6 - Sabe-se que houve por muito tempo uma cultura de negação desse problema e clara segregação desse grupo de alunos, assim como qualquer outra diferença, os autistas eram excluídos da sociedade. Em seguida, houve uma tentativa de integração, em que eles eram levados às escolas, mas eram separados dos demais alunos. Percebeu-se, então, que a melhor solução era a inclusão destes alunos, juntá-los aos demais. Como você percebeu essa evolução? E o que isso agregou aos alunos autistas? E aos demais alunos? E a escola num todo?

7 - Como é a relação dos alunos autistas com os demais? Professores e colegas; durante as aulas e durante os intervalos?

8 - Em geral, você considera que as escolas atualmente estão totalmente preparadas para receber alunos autistas? O que ainda pode ser melhorado?

9 - Quanto às políticas públicas de inclusão social nas escolas, há muito avanço a se fazer? Quais seriam?

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E A GRAVIDEZ FACULDADE UNIDA DE CAMPINAS – FACUNICAMPS

SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND PREGNANCY UNITED FACULTY OF CAMPINAS – FACUNICAMPS

BRUNO NASCIMENTO DA SILVA¹; GILVAN SOARES DA SILVA²; INGRID MICKAELA DA SILVA CLEMENTE³; LUÍZA LIMA DE SANTANA⁴; FLÁVIO SILVA DE CARVALHO⁵; ROSANA PEREIRA MORAIS; PATRICIA MARTINS BOTELHO NUNES; JOSÉ AMÉRICO DE LACERDA JÚNIOR.

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória autoimune, podendo afetar múltiplos órgãos e tecidos. O Lúpus atinge predominantemente mulheres em idade reprodutiva, entre 20 e 40 anos, não diminuindo a fertilidade nas pacientes, portanto é comum ser associado com a gravidez, no entanto é de alto risco. Os principais objetivos com esse artigo foram identificar os fármacos determinantes no controle da doença durante a gravidez, e qual a relação entre o LES e a gravidez. Os medicamentos mais utilizados no tratamento do lúpus durante a gravidez deverão ser administrados de acordo com os sintomas e órgãos que estão comprometidos, dentre os fármacos estão corticosteroides, anti-inflamatórios não esteroides, hidroxicloroquina, azatioprina, ciclosporina, tacrolimus, os contraindicados são ciclofosfamida, metotrexato e micofenolato mofetil, tais remédios devem ser administrados de forma criteriosa para a gravidez, portanto, o tratamento deve ser individualizado, e administrado antes da concepção, durante e pós gravidez.

Palavras-chave: Lúpus. Gravidez. Medicamentos.

ABSTRACT

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an autoimmune inflammatory disease that can affect multiple organs and tissues. Lupus predominantly affects women of reproductive age, between 20 and 40 years, not decreasing fertility in patients, so it is common to be associated with pregnancy, however it is high risk. The main objectives of this article were to identify the determinant drugs in the control of the disease during pregnancy, and what is the relationship between SLE and pregnancy. The drugs most used in the treatment of lupus during pregnancy should be administered according to the symptoms and organs that are compromised, among the drugs are corticosteroids, non-steroidal anti-inflammatory drugs, hydroxychloroquine, azathioprine, cyclosporine, tacrolimus, cyclophosphamide, methotrexate and mycophenolate mofetil, such drugs must be administered judiciously for pregnancy outcome. Therefore, treatment must be individualized, and administered before conception.

Keywords: *Lupus. Pregnancy. Medicines.*

¹ Farmácia/ Faculdade Unida de Campinas, bnnascimento52@gmail.com

² Farmácia/ Faculdade Unida de Campinas, gilvansoares1985@gmail.com

³ Farmácia/ Faculdade Unida de Campinas, ingridmickaelas2@gmail.com

⁴ Farmácia/ Faculdade Unida de Campinas, luiza.agittus@gmail.com

⁵ Docente/Faculdade Unida de Campinas, flavio.carvalho@facunicamp.edu.br

1. INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória autoimune, na qual os sintomas podem surgir de forma lenta e progressiva ou mais rapidamente, podendo afetar múltiplos órgãos e tecidos (BRASIL, 2021).

Existem diferentes maneiras que o lúpus pode manifestar, mas existem dois principais tipos, o cutâneo ou discoide, que se limita à pele onde aparece lesões avermelhadas nas principais áreas que ficam expostas a luz solar, *i.e.*, rosto, orelhas, colo e braços (SBR, 2021; BRASIL, 2021), e o sistêmico onde a inflamação ocorre em todo o organismo da pessoa, comprometendo vários órgãos ou sistemas como rins, pulmão, sangue e até as articulações, portanto, pode ser leve ou grave (BRASIL, 2021).

O Lúpus atinge predominantemente mulheres em idade reprodutiva, entre 20 e 40 anos, apesar de predominar no sexo feminino a causa não é conhecida totalmente, sabe-se que o estrogênio, que nessa fase etária é mais atuante pode desencadear ou até mesmo agravar a doença (LISBOA & BRITO, 2014; SÃO PAULO, 2020). Apesar de não ter dados exatos, estima-se que a cada 1,7 mil mulheres no Brasil tenha lúpus, sendo aproximadamente 65 mil pessoas acometidas com a doença (BRASÍLIA, 2021).

As causas e origens do lúpus são desconhecidas, porém os fatores genéticos, virais, hormonais e ambientais tem papel fundamental se somados a alterações do sistema imunológico (SURITA e PASTORE, 2018). O perfil imunológico do paciente com LES é caracterizado por elevados níveis de anticorpos antinucleares, principalmente anti-DNA, anti-Sm, anti-RNP, anti-SSA (Ro) e anti-SSB (La), esses autoanticorpos atuam principalmente contra o ácido desoxirribonucleico (DNA), acarretando na formação de imunocomplexos, que se depositam nos tecidos e/ou ativam complemento, induzindo ao processo inflamatório, e consequentemente causando lesões em múltiplos órgãos (SILVA & RIBEIRO, 2015; SBR, 2021).

Para um paciente ser diagnosticado com LES se exige no mínimo quatro dos dezessete critérios, incluindo um dos onze critérios clínicos e um dos seis critérios imunológicos, as principais manifestações são renais, cardiopulmonares, mucocutâneas, musculoesqueléticas, hematológicas, e no sistema nervoso central (SURITA & PASTORE, 2018).

A LES não diminui a fertilidade nas pacientes, portanto, é comum ser associado com a gravidez, no entanto, é de alto risco, pois a doença pode evoluir com a gravidez e o lúpus pode afetar o feto. Porém, devido as evoluções de estudos relacionados ao LES e à gravidez houve uma melhora significativa em relação a diminuição de complicações que podem ser

pré-eclâmpsia, perda fetal, parto prematuro e também o aumento da doença (SILVA & RIBEIRO, 2015).

Para o tratamento do lúpus, os medicamentos mais utilizados são ministrados de acordo com os sintomas e órgãos que estão comprometidos, sendo os principais fármacos corticosteroides, anti-inflamatórios não esteroides, hidroxicloroquina, azatioprina, ciclosporina, tacrolimus, ciclofosfamida, metotrexato e micofenolato mofetil, tais remédios devem ser administrados de forma criteriosa da gravidez (LISBOA & BRITO, 2013).

Diante disso, pretende com esse artigo realizar uma revisão bibliográfica sobre o lúpus eritematoso sistêmico e a sua relação com a gravidez, tendo como principais objetivos identificar os fármacos determinantes no controle da doença durante a gravidez, e a relação entre o LES e a gravidez.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Lúpus Eritematoso Sistêmico

O lúpus eritematoso sistêmico é um distúrbio inflamatório, crônico e multissistêmico, de provável etiologia autoimune e que ocorre predominantemente em mulheres jovens (NEVARES, 2020). O lúpus que é uma doença inflamatória autoimune, pode afetar diversos órgãos e tecidos, e em casos mais graves pode ocasionar na morte do paciente, quando não tratado corretamente (BRASIL, 2021).

O LES pode manifestar de diferentes modos, as principais são mucocutâneas, como inflamação na pele, as musculoesqueléticas, como dores articulares, as cardiopulmonares na qual ocorre inflamação das membranas que recobrem o coração e pulmão, a nefrite que é a inflamação renal, alterações do sistema nervoso central ocasionando mudanças de humor, depressão, e as hematológicas que causa diminuição das células do sangue (SHAIKH; JORDAN; D'CRUZ, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2021), são reconhecidos dois principais tipos de lúpus, o cutâneo e o sistêmico. O cutâneo, conhecido também de discoide, como o próprio nome diz, manifesta apenas com manchas na pele, principalmente nas áreas expostas ao sol (rosto, orelho, colo e braços), e o sistêmico, o qual acomete todo organismo, seja nos órgãos internos ou sistemas. Mas existe o induzido por drogas, o qual desaparece quando consumo da substância finalizar, e o neonatal, afetando apenas recém-nascidos que mulheres que têm lúpus (BRASIL, 2021).

Os principais sintomas em ordem de maior para menor incidência, são: artrite, febre, problemas na pele, fotossensibilidade, queda de cabelo, fenômeno de Raynaud que é a coloração avermelhada de mãos e pés, feridas no nariz e na boca, cansaço, perda de peso, problemas renais, problemas pulmonares, problemas cardíacos, aumento de nódulos, depressão e complicações neurológicas e psicóticas (ZERBINI & FIDELIX, 1989; NAZARÉ *et al.*, 2021).

Apesar de ainda desconhecida, a causa do lúpus pode ser por diversos fatores como hormonais, o ambiente que o indivíduo vive, uso de medicamentos, estresse, e até predisposição genética (LUIZ & LOPES, 2014), por tanto, o diagnóstico é complexo, devendo ser feito por avaliação clínica, hemograma completo, exames do sistema imunológico, análise de urina, e ainda assim a pessoa terá diagnóstico de LES se apresentar no mínimo quatro dos sintomas descritos acima (ARAÚJO & YÉPEZ, 2007).

O tratamento do lúpus será administrado de acordo com o caso do paciente, e tem como objetivo controlar os sintomas, sendo paliativo que proporcionará uma boa qualidade de vida, pois é uma doença que não tem cura (BRASIL, 2021).

Para direcionar o tratamento o lúpus foi classificado em leve ou grave, pois varia de acordo com a intensidade e agressividade da doença no organismo da pessoa (BRASIL, 2021). Uma dos medicamentos é indicado para todos os pacientes, a hidroxiquina, que tem como mecanismo diminuir a frequência de crises e reduzir a mortalidade entre os pacientes (NEVARES, 2020).

Os sintomas mais leves podem ser tratados com analgésicos, anti-inflamatórios e doses baixas dosagens de corticoides (prednisona), mas quando a doença está na fase ativa e manifestação grave, as doses dos corticóides podem ser altas (SBR, 2021). No entanto, a mesma pessoa com LES que pode necessitar de um, dois ou mais medicamentos quando a doença está em fase ativa, em outro momento pode usar poucos ou nenhum medicamento em fase de remissão (SBR, 2021), por isso é necessário o diagnóstico e o tratamento individualizado.

De acordo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), os medicamentos indicados no tratamento do lúpus leve são anti-inflamatórios, protetor solar nas lesões, corticoide em baixa dosagem e hidroxiquina, em casos de lúpus grave recomenda-se o uso da hidroxiquina, alta dosagem de corticoide e medicamentos citotóxicos, como metotrexato, azatioprina, que bloqueiam o crescimento celular.

Sabe-se que a prevalência do lúpus é maior em mulheres em idade reprodutiva, portanto, faz-se necessário dedicar um tópico específico para a gravidez, bem como os

impactos da doença e a saúde da mulher grávida, quais fármacos poderão ser utilizados, dentre outras informações (SILVA & RIBEIRO, 2015).

2.2. Gravidez E O Lúpus Eritematoso Sistêmico

O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença autoimune e crônica, que pode comprometer alguns órgãos, a pele e articulações, ocorrendo principalmente em mulheres em idade reprodutiva, assim, o estudo do lúpus eritematoso sistêmico e a gravidez é importante, visto que não há diminuição da fertilidade nas pacientes acometidas pelo LES (SILVA & RIBEIRO, 2015).

Complicações referentes ao lúpus e a gravidez podem ser reduzidos se antes de engravidar a doença estiver inativa por no mínimo seis meses, a pressão arterial e função renal estiverem reguladas e o tratamento ajustado para o controle do LES, o acompanhamento de profissionais como reumatologistas, obstetras, nefrologistas, hematologistas, e o farmacêutico que atua na dispensação dos medicamentos, é de suma importância para a condução da gravidez (OSTENSEN, 2017; FRIEL, 2021; RUIZ & KHAMASHTA, 2011).

O direcionamento pré-concepcional é fundamental para minimizar os problemas fetais e maternos, com isso deve ser avaliado se houve complicação em gestação anterior, a atividade do lúpus, a presença de anticorpos anti-Ro e anti-La, quais medicamentos estão sendo utilizados, se tem hipertensão, diabetes, e principalmente se tem ou não síndrome antifosfolípide que é identificado por ter presença de trombozes venosas e arteriais (SURITA & PASTORE, 2018).

Quando a paciente tiver doença pulmonar grave, insuficiência renal ou cardíaca, pré-eclâmpsia em gestação anterior, hipertensão, e se o lúpus esteve ativo nos últimos seis meses, é contraindicado a gravidez, devido as complicações que podem levar a morte fetal ou materna (LATEEF & PETRI, 2012).

O aumento da atividade do LES pode ocorrer durante toda a gestação ou após meses do seu final, no entanto, de acordo com alguns estudos ocorre uma baixa percentagem de agravamento durante o terceiro trimestre, mas, é importante continuar com o acompanhamento médico até o pós-parto (ANDREOLI *et al.*, 2012).

O lúpus pode acometer recém-nascidos que tenham ou não LES, mas que testem positivo para anticorpos anti-Ro e anti-La, o qual é chamado de lúpus neonatal. Os anticorpos anti-Ro e anti-La podem circular durante o transporte ativo de imunoglobulina G (IgG) por

meio da placenta que acontece entre 16^a e 30^a semanas, podendo acometer o bebê de diferentes maneiras e graus (KONG, 2006).

Diante do exposto, as complicações que podem acontecer durante e depois da gravidez em uma paciente com lúpus incluem a exacerbação da doença, pré-eclâmpsia, perda fetal, retardo do crescimento intrauterino, parto prematuro e lúpus neonatal (BAER; WITTER; PETRI, 2011). Além do acompanhamento médico para evitar ou minimizar as complicações na gravidez, é necessário tendo em vista que alguns medicamentos não podem ser usados durante a gestação (DHAR & SOKOL, 2006).

2.3. Tratamento Do Lúpus Durante A Gravidez

O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença inflamatória crônica, que pode acometer diversos órgãos, sendo sua prevalência em mulheres em idade reprodutiva (ARAÚJO & YÉPEZ, 2007). Assim, recomenda-se a não concepção durante a fase ativa do LES, e que esteja em repouso por pelo menos seis meses antes, pois existem medicamentos que podem ser usados durante a gravidez e outros são contraindicados, durante todo o tratamento o papel do farmacêutico é de suma importância, pois atua diretamente com as pacientes, desde a dispensação correta dos medicamentos até a administração (SILVA & RIBEIRO, 2015).

Complicações como nefrite lúpica, lúpus neonatal, pré-eclâmpsia, perda fetal, retardo do crescimento intrauterino, parto prematuro, portanto, o acompanhamento médico é de extrema importância para evitar complicações antes, durante e depois da gravidez, uma vez que não são todos os medicamentos que podem ser prescritos (BAER; WITTER; PETRI, 2011; DHAR & SOKOL, 2006).

A partir dos artigos selecionados, observou-se uma diversidade de estudos voltados para o lúpus eritematoso sistêmico e a gravidez, destacando os medicamentos que podem ser usados e quais são contraindicados no tratamento da LES durante a gravidez.

Os medicamentos usados durante a gestação podem ser divididos em fármacos usados com restrição, e os com e sem risco teratogênico comprovados, assim um dos problemas durante a gravidez de pacientes com LES é escolher o fármaco adequado para não prejudicar a mãe e o feto, portanto devem ser revisados e ajustados antes da concepção para trazer segurança na gravidez (COSTA *et al.*, 2012; ANDREOLI *et al.*, 2012; BERMAS & SMITH, 2021).

Os fármacos que podem ser utilizados durante a gravidez são: a hidroxiquina que não deve ser suspensa durante a gravidez se utilizada antes da concepção, os anti-

inflamatórios não esteroides são seguros até a trigésima segunda semana de gestação desde que administrados em doses baixas, os corticoides, principalmente a prednisona, pode ser usado durante a gravidez, porém em dose inferior a 10mg por dia, a azatioprina, mas deve ser utilizada em doses que não excedam 2 mg/kg por dia, o tacrolimus é eficaz no tratamento da nefrite lúpica durante a gravidez, o ciclosporina pode ser usada durante a gravidez quando beneficiará a mulher (OLIVEIRA et al., 2022; LISBOA & BRITO, 2014; PENEDO, 2019; BERMAS & SMITH, 2021).

E os medicamentos como metotrexato, ciclofosfamida, micofenolato mofetil são contraindicados durante a gravidez por causam má-formação fetal, pode causar abortamento, tais fármacos devem ser interrompidos por no mínimo três meses antes da concepção (ANDREOLI *et al.*, 2012; DORIA; TINCANI; LOCKSHIN, 2008).

2.3.1. Fármacos usados com restrição

Os corticosteroides ou corticoides são medicamentos capazes de reduzir a inflamação no organismo (MSD, *online*, 2022). A prednisona é segura, devendo ser usada em doses baixas, menores de 10mg por dia, visto que atinge a circulação não produzindo alteração na função e estrutura fetal, pois cerca de 10% do medicamento atinge o feto (BERMAS & SMITH, 2021).

Por atravessarem facilmente a placenta, a dexametasona e a betametasona devem ser evitadas, exceto se houver necessidade de indução da maturação pulmonar antes de parto pré-termo (STOJAN & BAER, 2012). Hipertensão, pré-disposição à diabetes gestacional, rotura prematura, maior vulnerabilidade às infecções, osteopenia e osteonecrose são as principais reações adversas do uso dos corticoides na gravidez (OSTENSEN *et al.*, 2006).

Os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) são analgésicos prescritos para controlar dor, febre e inflamação, e mesmo passando a placenta seu uso é seguro, mas devendo ser tomados em dosagem baixa (KEELING & OSWALD, 2009).

A azatioprina é usado como antimetabólito imunossupressor isolado, podendo ser usada durante toda a gravidez, porém em doses que não excedam 2mg por quilo por dia (BERMAS & SMITH, 2021).

2.3.2. Fármacos sem risco teratogênico comprovado

A hidroxicloroquina é um medicamento aumenta as células de defesa no organismo, devendo ser mantida durante a gravidez, visto que a descontinuação desse fármaco pode

causar aumento da LES (TEMPRANO; BANDLAMUDI; MOORE, 2005; IZMIRLY *et al.*, 2010).

A ciclosporina e o tacrolimus são medicamentos são inibidores da calcineurina, os quais podem ser usados durante a gestação, embora ultrapassem a placenta não causam risco de má-formação fetal, a ciclosporina deve ser usada quando favorecerá a mãe superando o risco do feto, já o fármaco tacrolimus é administrado como tratamento na nefrite do lúpus (BERMAS & SMITH, 2021; FRENCH *et al.*, 2003).

2.3.3. Fármacos com risco teratogênico comprovado

A ciclofosfamida é um fármaco antineoplásico, não podendo ser utilizada durante a gravidez, e devendo ser suspensa pelo menos três meses antes da concepção, pois pode prejudicar a fertilidade tanto da mulher quanto do homem (SURITA & PASTORE, 2018; BAER; WITTER; PETRI, 2011).

O metotrexato é um medicamento que muda o curso da doença e antagonista do ácido fólico, sendo contraindicado durante a gravidez, pois pode comprometer o desenvolvimento do sistema nervoso central feto, causar anomalias cranianas, dos membros e do palato (CLOWSE, 2010).

O micofenolato mofetil é um fármaco imunossupressor, contraindicado durante a gravidez, e deve ser suspenso no mínimo seis semanas antes da concepção, pois causa má-formação congênitas (BERMAS & SMITH, 2021).

3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo consiste em uma revisão bibliográfica, método dedutivo, descritiva e qualitativa, no qual se agrupa dados e conhecimentos acerca do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e a gravidez, discorrendo sobre os sintomas, complicações, eficácia terapêutica e efeitos colaterais mais comuns dos fármacos usados no tratamento.

A seleção dos artigos foi baseada nos seguintes critérios de inclusão, artigos publicados no intervalo entre os anos de 2007 a 2022, que tratavam do LES e a gravidez. As bases de dados eletrônicas utilizadas foram: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e no portal da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes) e Google Acadêmico.

Para essa busca, utilizaram-se os seguintes descritores: “Lúpus Eritematoso Sistêmico”, “efeitos”, “*Lupus Erythematosus Systemic*”, “tratamento”, “medicamentos”, “gravidez e LES”. No estudo foram incluídos artigos originais de revisão bibliográfica e trabalhos de conclusão de curso, dissertação publicados em português ou inglês que contemplassem devidamente as questões propostas por esse artigo.

Foram identificados 3.540 artigos sobre LES e gravidez, destes, 2.940 foram selecionados por terem sido publicados de 2007 a 2022, após foi aplicado o filtro selecionando apenas artigos de revisão ficando 157 artigos. Depois do levantamento, todos os artigos foram escolhidos pela leitura de seu título, resumo identificando assim os trabalhos que abordavam o tema, sendo selecionados 22 artigos, dos quais 5 são em inglês.

Após selecionados os artigos foram analisados e lidos na íntegra para que não tivessem divergências com o conteúdo proposto, em seguida, após a seleção e leitura dos artigos, iniciou-se a elaboração desse artigo.

4. CONCLUSÃO

Ante o exposto, o lúpus é uma doença inflamatória e autoimune, que reage de diversas formas no organismo do paciente, podendo causar lesões na pele, alterações articulares, renais, neurológicas e hematológicas.

A maior incidência do lúpus é em mulheres em idade reprodutiva, surgindo então uma preocupação, pois o LES pode causar complicações durante a gravidez, com isso recomenda-se que enquanto estiver ativo não ache a concepção. O tratamento do lúpus durante a gravidez deve ser individualizado, uma vez que depende do grau, qual órgão acometido, e principalmente o histórico da paciente, se já teve ou não gravidez anterior.

Os medicamentos usados para o tratamento do LES durante a gravidez são os corticosteroides ou corticoides, os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), a hidroxicloroquina, a azatioprina, a ciclosporina, a tacrolimus, devendo ser administrados de forma rigorosa para garantir sucesso da gravidez. Já a ciclofosfamida, o micofenolato de mofetil e o metotrexato não devem ser usados para o tratamento do lúpus durante a gravidez, pois podem causar má-formação congênita.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOLI, L.; FREDI, M.; NALLI, C.; REGGIA, R.; LOJACONO, A.; MOTTA, M.; TINCANI, A. **Pregnancy implications for systemic lupus erythematosus and the antiphospholipid syndrome.** J Autoimmun., 2012. DOI: 10.1016/j.jaut.2011.11.010.

ARAÚJO, A. D.; YÉPEZ, M. A. T. **Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES).** Estudos de Psicologia, 2007.

BAER, N. A.; WITTER, F. R.; PETRI, M. **Lupus and pregnancy.** Obstet Gynecol Surv, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lúpus.** Governo Federal, *online*, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/lupus-1>.

BRASÍLIA. Agência Brasília. **Fevereiro Roxo aborda a importância de tratar o lúpus.** Governo do Distrito Federal, *online*, 2021. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2021/02/19/fevereiro-roxo-aborda-a-importancia-de-tratar-o-lupus/#:~:text=No%20Brasil%2C%20estimativas%20indicam%20que,no%20pa%C3%ADs%20tenha%20a%20doen%C3%A7a>.

BERMAS, B. L.; SMITH, N. A. **Pregnancy in women with systemic lupus erythematosus.** UpToDate, 2021.

CLOWSE, M. E. **Managing Contraception and Pregnancy in the Rheumatologic Diseases.** Best Pract res Clin Rheumatol, 2010.

COSTA, T. D.; CENTENO, M.; PINTO, L.; MARQUES, A.; GRAÇA, L. M. **Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gravidez.** Revista Científica da Ordem dos Médicos, Acta Med Port, 2012.

DHAR, J. P.; SOKOL, R. J. **Lupus and pregnancy: complex yet manageable.** Clin Med Res., 2006.

DORIA, A.; TINCANI, A.; LOCKSHIN, M. **Challenges of lupus pregnancies.** Rheumatology (Oxford), 2008.

FRENCH, A. E.; SOLDIN, S. J.; SOLDIN, O. P.; KOREN, G. **Milk Transfer And Neonatal Safety Of Tacrolimus.** Ann Pharmacother 2003.

FRIEL, L. A. **Doenças autoimunes durante a gestação.** Manuais MSD edição para profissionais, 2021.

IZMIRLY, P.M.; KIM, M.Y.; LLANOS, C.; LE, P. U.; GUERRA, M.M.; ASKANASE, A. D.; SALMON, J. E.; BUYON, J. P. **Evaluation of the risk of anti-SSa/ro-SSB/La antibody-associated cardiac manifestations of neonatal lupus in fetuses of mothers with systemic lupus erythematosus exposed to hydroxychloroquine.** Ann Rheum Dis, 2010.

KEELING, S. O.; OSWALD, A. E. **Pregnancy and rheumatic disease: “by the book” or “by the doc”.** clin rheumatol, 2009.

KONG, N.C. **Pregnancy of a lupus patient-a challenge to the nephrologist.** Nephrol Dial Transplant, 2006.

LATEEF, A.; PETRI, M. **Management of pregnancy in systemic lupus erythematosus.** Nat. Rev. Rheumatol., 2012. DOI:10.1038/nrrheum.2012.133.

LISBOA, A.; BRITO, I. **Lúpus Eritematoso Sistêmico e Gravidez: implicações terapêuticas.** Arq Med, v. 28, n. 1, Porto, 2013. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000100004?script=sci_arttext&pid=S0871-34132014000100004.

LUIZ, D. C.; LOPES, S. L. **Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico.** Atualiza Cursos, Salvador, 2014.

MSD. Manual MSD Versão Saúde para a Família. **Corticosteroides: Usos e efeitos colaterais.** Online, 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/multimedia/table/corticosteroides-usos-e-efeitos-colaterais>.

NAZARÉ, K. A.; LEAL, W. S.; FERNANDES, E. L.; SILVA, F. C. S.; ARAÚJO, M. E. S.; MELO, D. N. A.; RODRIGUES, B. T. F.; LOPES, L. A. **Lúpus Eritematoso Sistêmico: métodos de diagnóstico e estratégias de tratamento.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, vol. 34, n. 3, 2021.

NEVARES, A. M. **Lúpus eritematoso sistêmico.** Manuais MSD edição para profissionais, 2020.

OLIVEIRA, R. F.; VALE, E. S.; BRITO, A. L. N.; BONFIM, G. M.; PEREIRA, D. A.; TRINDADE, E. S.; CABRAL, F. A.; FERNANDE, L. J. N.; ROCHA, A. C.; AMARAL, J. O. L. **Fatores associados em gestantes com Lúpus Eritematoso Sistêmico.** Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091, 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e9854.2022>.

OSTENSEN, M.; KHAMASHTA, M.; LOCKSHIN, M.; PARKE, A.; BRUCATO, A.; CARP, H.; DORIA, A.; RAI, R.; MERONI, P.; CETIN, I.; DERKSEN, R.; BRANCH, W.; MOTTA, M.; GORDON, C.; RUIZ, G. I.; SPINILLO, A.; FRIEDMAN, D.; CIMAZ, R.; CZEIZEL, A.; PIETTE, J. C.; CERVERA, R.; LEVY, R. A.; CLEMENTI, M.; CAROLIS, S.;

PETRI, M.; SHOENFELD, Y.; FADEN, D.; VALESINI, G.; TINCANI, A. **Anti-inflammatory and immunosuppressive drugs and reproduction.** Arthritis Res Ther., 2006. DOI: 10.1186/ar1957.

OSTENSEN, M. **The use of biologics in pregnant patients with rheumatic disease.** Expert Review of Clinical Pharmacology, 2017.

PENEDO, C. R. **Lúpus Eritematoso Sistêmico na Gravidez: implicações maternas, obstétricas e fetais.** Faculdade de Medicina de Lisboa, Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia (Mestrado), Lisboa, 2019.

RUIZ, G. I., KHAMASHTA, M. A. **Lupus and pregnancy: Integrating clues from the bench and bedside.** Eur J Clin Invest, 2011.

SHAIKH, M. F.; JORDAN, N.; D'CRUZ, D. P. **Systemic lupus erythematosus.** Clin Med (Lond)., 2017. DOI: 10.7861/clinmedicine.17-1-78.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Mulheres são principais vítimas de lúpus, doença que pode ocorrer em qualquer idade.** SP Notícias, *online*, 2020. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/mulheres-sao-principais-vitimas-de-lupus-doenca-que-pode-ocorrer-em-qualquer-idade/>.

SBR. Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Lúpus.** Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2021.

SILVA, L. V.; RIBEIRO, L. H. **Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez: uma revisão da literatura.** Rev Soc Bras Clin Med., 2015.

STOJAN, G.; BAER, A. N. **Flares of systemic lupus erythematosus during pregnancy and the puerperium: prevention, diagnosis and management.** Expert Rev Clin Immunol., 2012.

SURITA, F. G.; PASTORE, D. E. **Lúpus eritematoso sistêmico e gravidez.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.

TEMPRANO, K. K.; BANDLAMUDI, R.; MOORE, T. L. **Antirheumatic Drugs In Pregnancy And Lactation.** Semin arthritis rheum 2005.

ZERBINI, C. A.; FIDELIX, T. S. A. **Conversando sobre lúpus: um livro para o paciente e sua família.** São Paulo: Roca, 1989.

O PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DA DOENÇA FALCIFORME

THE PHARMACEUTICAL PROFESSIONAL IN THE TREATMENT OF FALCIFORM DISEASE

BRUNA CRISTINE ALVES PEREIRA¹, EMANOEL HIGO NEVES NASCIMENTO², IVANITA VIVALDO XAVIER³, JESSICA FEITOSA DE SOUSA⁴, MARCOS VINICIUS MARQUES MARTINS⁵, NATHALIA ODA AMARAL⁶; ADRIANA DE OLIVEIRA BARBOSA; IZAUDETE DE OLIVEIRA; JOSÉ AMÉRICO DE LACERDA JÚNIOR

RESUMO

Este artigo tem como objetivo avaliar as contribuições do profissional farmacêutico no tratamento da anemia falciforme. A metodologia utilizada neste trabalho teve como instrumento de pesquisa a revisão bibliográfica que possibilitou a compreensão de que a anemia falciforme teve sua origem no continente africano e, portanto, constitui-se como uma doença de pessoa preta. Difundiu-se para os demais continentes em razão, principalmente, do tráfico negreiro que ocorreu entre a África e países que adotaram o escravismo como sistema de produção, especialmente, nas Américas. Em razão da miscigenação, a anemia falciforme deixou de ser uma doença exclusiva da pessoa preta e abarcando também pessoas brancas. O farmacêutico no tratamento da anemia falciforme é um profissional que interage diretamente com os pacientes proporcionando impactos positivos no controle dos sintomas que a doença provoca no indivíduo. Tem como função atender às necessidades relacionadas ao diagnóstico, medicamentos e tratamento da doença.

Palavras-Chave: Doença Falciforme. Anemia Falciforme. Farmacologia. Atuação do Farmacêutico. Papel do Profissional Farmacêutico.

ABSTRACT

This article aims to evaluate the contributions of the pharmaceutical professional in the treatment of sickle cell anemia. The methodology used in this work had as a research instrument the bibliographic review that made it possible to understand that sickle cell anemia had its origin in the African continent and, therefore, constitutes itself as a black person disease. It spread to other continents mainly due to the slave trade that occurred between Africa and countries that adopted slavery as a production system, especially in the Americas. Due to miscegenation, sickle cell anemia is no longer an exclusive disease of the black person and also includes white people. The pharmacist in the treatment of sickle cell anemia is a professional who interacts directly with patients providing positive impacts in controlling the symptoms that the disease causes in the individual. Its function is to meet the needs related to the diagnosis, medication and treatment of the disease.

Keywords: Sickle cell disease. Sickle cell anemia. Pharmacology. Pharmacist Performance. Role of the Pharmaceutical Professional.

¹ Acadêmica do Curso de Farmácia da FacUnicamps: E-mail: brunacristine16bc@gmail.com

² Acadêmico do Curso de Farmácia da FacUnicamps: E-mail: higo_nn2@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Farmácia da FacUnicamps: E-mail: anitaxavier7@gmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Farmácia da FacUnicamps: E-mail: jessica.261094.gyn@gmail.com

⁵ Acadêmico do Curso de Farmácia da FacUnicamps: E-mail: marcosvinicios51@hotmail.com

⁶ Professora Doutora do Curso de Enfermagem da FacUnicamps. E-mail: nathalia.oda.a@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) classifica a anemia falciforme como sendo a doença monogênica mais comum no país. De acordo com o MS, essa doença se manifesta diferenciadamente em cada indivíduo, mas predomina entre a população afrodescendente, o que não significa que ela não possa estar entre outros grupos de indivíduos, isto é, que não possa abarcar a população branca. Seus sintomas podem aparecer já na metade do primeiro ano de vida da criança com sintomas leves ou com a presença de um ou mais sinais (BRASIL, 2007).

A entrada da doença no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2007) ocorreu com a vinda dos negros africanos escravizados e sua proliferação ocorreu durante a miscigenação. Atualmente, cerca de 3.500 crianças nascem com a anemia falciforme e 200 mil com traço falcêmico. Essas últimas são assintomáticas. Há um índice alto de mortalidade e morbidade em razão da doença e, portanto, seu diagnóstico deve iniciar já no período neonatal.

O presente artigo tem como objetivo principal realizar um estudo bibliográfico da atuação do profissional farmacêutico no tratamento da anemia falciforme. Propõe-se também apresentar a anemia falciforme por meio de estudos científicos relacionados à doença; discorrer sobre sintomas, diagnóstico e possibilidades de cura da anemia falciforme e; por fim, apontar as contribuições do profissional farmacêutico no que tange à sua atuação no tratamento da doença. A metodologia adotada para este trabalho foi a revisão bibliográfica que permitiu chegar aos resultados e conclusão do mesmo.

É de grande importância abordar uma temática ainda desconhecida para grande parte da população brasileira, apesar de ela existir desde a colonização do Brasil. Outro fator relevante é o percentual de mortalidade de crianças menores de cinco anos portadoras de anemia falciforme, o que confirma a necessidade de se realizar o diagnóstico precoce para que se possa prescrever o tratamento adequado e regular, bem como oferecer o suporte necessário para que se possa reduzir e/ou evitar os agravamentos da doença. Neste sentido, o profissional farmacêutico possui um papel essencial e precisa estar devidamente capacitado para atuar no tratamento.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Para alcançar os objetivos propostos para este artigo, a metodologia aplicada foi a da revisão bibliográfica integrativa que contou com estudos recentes já publicados sobre o tema. Foram selecionados estudos nacionais e internacionais que abordam o assunto. Para a revisão bibliográfica, utilizou-se um protocolo de pesquisa com os seguintes descritores: Doença Falciforme, Anemia Falciforme, Farmacologia, Atuação do farmacêutico e Papel do profissional farmacêutico. As informações foram coletadas nas bases de dados eletrônicos de universidades, periódicos científicos, repositórios, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Foram selecionados também capítulos de livros disponibilizados *online* e impressos relacionados ao tema e que se apresentaram como de relevância para o desenvolvimento deste estudo. Depois da leitura seletiva e da análise interpretativa das publicações, foram realizadas sínteses e fichamentos daquelas que foram consideradas essenciais para este trabalho.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da anemia falciforme

A doença falciforme (DF) consiste em uma patologia crônica e hereditária, isto é, transmitida de pai para filho, sendo, portanto, ancestral. Ela existe em diversos países e afeta a qualidade de vida de inúmeras pessoas pretas ou brancas.

A origem da DF é na África e, posteriormente, do contato dos africanos com os demais povos de outros continentes, ela se expandiu por todo o mundo. Atualmente, encontra-se presente com índices altos de incidência na Índia, África e Arábia, segundo explica Jesus (2010). Para Dias (2013), sua origem é hematológica e gera impactos na vida das pessoas portadoras e de suas famílias.

Santos (1999) e Rocha (2004) pontuam que a primeira descrição da doença ocorreu no ano de 1910 pelo médico norte-americano James B. Herick que sugeriu ser ela possivelmente relacionada à malária e à anemia falcêmica. O médico identificou um caso de anemia falciforme em um jovem preto de origem caribenha. Assim sendo, a doença foi identificada como sendo uma patologia racial. Posteriormente, também na literatura brasileira, os relatos médicos verificaram relações estreitas entre a doença e a raça. No ano de 1949,

segundo informa Oliveira (2010) foi descoberto por Linus Pauling e seus colaboradores que a hemoglobina S (HbS) apresenta mobilidade eletroforética anormal e, dessa forma, a doença foi nomeada de Doença Molecular.

A DF, segundo Souza (2009), tem maior incidência entre os negros da África tropical e nos países onde ocorreu o tráfico de escravos, como o Brasil. Nestes países, há maior prevalência da Hb S e a presença dessa hemoglobina em homozigose caracteriza a anemia falciforme que consiste em uma das doenças mais comuns e prevalentes. Acrescenta que, no Brasil, a DF foi introduzida através da vinda de escravos do continente africano e a maior frequência da anemia falciforme no país está no estado da Bahia, com prevalência entre os negros.

3.2 Definições e características da doença falciforme

Conforme já dito anteriormente, a doença falciforme (DF) constitui-se como uma doença hereditária e genética. Sua causa é a mutação do gene codificador da cadeia beta da hemoglobina que se localiza no cromossomo 11. Essa mutação conduz para a insolubilidade das moléculas Hb S quando desoxigenadas resultando na polimerização das mesmas que, como consequência transformam as hemácias para a forma de foice, segundo explica Monteiro (2017). O resultado dessa mutação é uma hemoglobina mutante, ou seja, a hemoglobina S que, conforme Stuar e Nagel (2004), em heterozigose ou homozigose somada a outras hemoglobinas talassemias ou variantes origina diversos aspectos clínicos gerados, principalmente, pelos processos vaso-oclusivos que decorrem da falcização das hemácias.

Destarte apresentar o conceito de Talassemias que, conforme explica Polainas (2017) consistem em um grupo de anomalias hereditárias nas quais se verifica uma deficiência a nível da hemoglobina Hb em razão de uma síntese reduzida ou ausente das cadeias de globina causada por mutações nos genes que codificam para as mesmas ou nas suas regiões regulatórias. A alfa (α) talassemia é resultado da diminuição (α^+) ou ausência (α^0) da síntese da cadeia de α globina. Essa cadeia é codificada por quatro genes distintos ($\alpha\alpha/\alpha\alpha$), dois genes (HBA1 e HBA2) em cada cópia 16 homólogo. Já a beta (β) talassemia é resultante da diminuição (β^+) ou ausência (β^0) da síntese da cadeia β globina. A cadeia β globina é codificada por dois genes distintos (β/β) e um gene HBB em cada cópia do cromossomo 11 homólogo. “Na α talassemia, a Hb A2 encontra-se normal ou diminuída e o esfregaço de sangue pode apresentar Hb H e/ou Hb de Bart. A β talassemia é caracterizada por um aumento

de Hb A2 e Hb F e uma diminuição da Hb A” (POLAINAS, 2017, p. 1). A autora pontua que a talassemia se caracteriza por uma anemia microcítica e hipocrômica e a severidade da anemia varia segundo o número de genes não funcionais.

As pessoas com anemia falciforme recebem de seus pais a hemoglobina anormal denominada de hemoglobina S e, “quando recebe parte da mãe e outra parte do pai elas são SS. Portanto, a denominação da anemia falciforme é reservada para a forma da doença que ocorrem nesses homozigotos SS” (ZAGO, 2002, p. 9). O resultado é a substituição do único aminoácido na cadeia β -globina.

De acordo com Zago (2002) a hemoglobina A normal possui dois Alfas (α) e dois Betas (β) e existem dois genes para sintetizar cada cadeia. Quando as pessoas recebem apenas um gene anormal, isto é, hemoglobina S e outro normal, hemoglobina A, elas possuem traço falciforme, isto é, são assintomáticas. Quando o pai e a mãe são portadores de traço falciforme, existe a possibilidade de 25% em cada gestação, de nascer uma criança com anemia falciforme.

Diante da caracterização da doença, importante destacar as definições de sangue e hemácias. De acordo com o Manual de Educação e Saúde (2007), o sangue é composto por um plasma, que é a parte líquida, e; por três tipos de células: as hemácias (também conhecidas como glóbulos vermelhos) glóbulos brancos e plaquetas. As hemácias consistem em células flexíveis e de formas arredondadas (Figura A) que possuem facilidade para circular em todos os vasos sanguíneos do corpo, até mesmo os vasos sanguíneos mais finos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2001) caracteriza a anemia falciforme pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue. Isso os torna semelhantes a uma foice (Figura B), por isso, a denominação falciforme. Nesse caso, a membrana dessas células se altera e se rompe com mais facilidade causando a anemia. A hemoglobina transporta o oxigênio e dá a cor aos glóbulos vermelhos, portanto, ela é fundamental para que todos os órgãos do corpo sejam saudáveis.

Figura A: Hemácias ou Eritrócitos normais



Figura B: Anemia Falciforme



Fonte: patofisio.wordpress.com Acesso em 05 out. 2020.

Nas palavras de Loureiro (2005), cerca de 7% da população do mundo pode estar acometida pelos transtornos nas hemoglobinas, especialmente, as Talassemias e a DF. Silva (2018) enfatiza que a DF consiste em uma doença muito relevante clínica e epidemiologicamente. Como é mais constante entre a população preta, sua investigação só se tornou possível através da luta social de movimentos de mulheres negras que buscavam tratamento justo e igualitário. Mais tarde, a investigação foi firmada pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), em 2001.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciforme (BRASIL, 2002), o gene da Hemoglobina S ou Hb S pode se misturar com outras falhas transmitidas pelas hemoglobinas, como por exemplo, a hemoglobina C (HbC), D (HbD e beta-talassemia. Essas misturas possibilitam arranjos chamados de hemoglobinopatia SC, hemoglobinopatia SD, S/beta-talassemia.

Sob a ótica de Hamerschlak (2010), um dos fatores que favorecem o desenvolvimento de manifestações clínicas da anemia falciforme são as alterações na forma da hemácia que passa de discóide para a forma de foice, reduzindo a flexibilidade. O desenvolvimento de manifestações clínicas da doença constitui-se como fenômenos vaso-oclusivos e hemólise que agridem diversos órgãos e isso não somente reduz a qualidade, mas também a expectativa de vida dos pacientes.

Lorenzi (2013) argumenta que no Brasil nascem cerca de 3.500 crianças com a DF e 200 mil nascem com traço falcêmico, isto é, assintomáticos e o diagnóstico se realiza através do exame eletroforese de hemoglobina. Cansado e Jesus (2007) citam as principais possibilidades fenotípicas ao nascimento na doença falciforme que são a Hb FS, Hb FSC, Hb FSA e Hb e, nesse caso, é crucial que, em qualquer que seja o fenótipo encontrado para a doença, deve-se encaminhar imediatamente a criança para uma consulta médica e o exame deverá ser repetido posterior ao sexto mês de vida para que o perfil hemoglobílico seja confirmado.

A Tabela 1 apresenta dados de um diagnóstico laboratorial da doença falciforme em neonatal que, conforme explicam Ferraz e Murão (2007), implica em um diagnóstico complexo que envolve uma análise que precisa considerar os dados clínicos, bem como a herança genética, idade da criança no momento da coleta, tempo de estocagem e condições de armazenamento.

Tabela 1 – Achados hematológicos nas hemoglobinopatias após o 6º mês de vida

Diagnóstico	Gravidade clínica	Hb (g/dl) Média (variação)	VCM (fl) Média (variação)	Reticulócito (%) Média (variação)	Morfologia Eritrocitária	Eletroforese Hb (%)
SS	Moderada a grave	7,5 (6,0-9,0)	93 (80-100)	11,0 (4,0-30,0)	Drepanócitos (+++) Alvo (+) Eritroblastos (+++)	S: 80-90 F: 2-15 A2: <3,5
SC	Leve a moderada	11,0 (9,0-14,0)	80 (75-90)	3,0 (1,0-6,0)	Depranócitos (+) Alvo (++)	S: 45-55 C: 45-55 F: 0,2-7
S/β ⁺ tal 30	Leve a moderada	11,0 (8,0-13,0)	73 (65-78)	3,0 (1,0-6,0)	Hipocromia (+++) Microcitose (+) Drepanócitos (0/+) Alvo (++)	S: 55-75 A: 15- F: 1-20 A2 > 3,5
S/β ⁰ tal	Moderada a grave	8,0 (7,0-10,0)	69 (64-74)	8,0 (3,0-18,0)	Hipocromia (+++) Microcitose (+) Drepanócitos (0/+) Alvo (++)	S: 60-85 F: 13-35 A2 > 3,5
AS	Assintomático	Normal	Normal	Normal	Normal	A: 55-60 S: 38-45 A2 até 3,5

Fonte: Adaptado de Ferraz e Murão (2007, p. 6).

Portanto, entende-se que o diagnóstico precoce, a partir da fase neonatal, apresenta-se como sendo de grande relevância.

3.3 Incidência da anemia falciforme

As pesquisas realizadas por Félix *et al.* (2010) e Oliveira (2010) referentes ao caráter epidemiológico e social da doença falciforme revelaram a incidência da anemia falciforme com maior percentual entre jovens na faixa etária dos 18 aos 30 anos, negros, do gênero feminino. O primeiro pesquisador realizou seus estudos com um total de 47 pacientes e,

destes, 78,7% eram negros, 59,6% do gênero feminino, 40,4% do gênero masculino, 57,4% com idade entre 18 e 30 anos e 17% pardos. Já Oliveira (2010) avaliou uma amostra bem maior, de 460 pacientes com anemia falciforme e, destes, 53,3% eram do gênero feminino e com predomínio de 80,9% de feoderma. Suas pesquisas também demonstraram que a população jovem é a mais acometida pela doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que, no Brasil, morrem cerca de 25% dos portadores de Anemia Falciforme antes de completar cinco anos de idade e 70% antes de completar 25 anos. Os Programas Estaduais de Triagem Neonatal estimam que uma a cada mil nascidos vivos (cerca de 3.000 a 3.500) são portadores de anemia falciforme, além disso, 180.000 a 200.000 nascem com traço falciforme.

Segundo o Portal da Saúde do Brasil (2013), a anemia falciforme está em todo o território brasileiro de maneira heterogênea, mas, sua concentração maior está nos estados mais pobres e de população negra. A Bahia apresenta maior incidência da doença falciforme, entre os nascidos vivos. Esse dado vai ao encontro da constatação de Souza (2009), citado anteriormente. Logo após, vem o estado do Rio de Janeiro, seguido de Minas Gerais. O Portal também revela que a taxa de letalidade entre as crianças até cinco anos é de 80%, já a taxa de letalidade em gestantes é de 50%. Isso em casos que não receberam os cuidados preconizados. Já o pico da morbidade e mortalidade acontece em torno de dois e três anos de vida, tendo como causas principais a septicemia e choque causados por *Streptococcus Pneumoniae* ou *Haemophilus Influenzae* e por anemia profunda.

3.4 Sintomas

Conforme Zago *et al.* (2007), a doença falciforme caracteriza-se pelas manifestações inflamatórias crônicas e, ao que parece, a gênese de grande parte delas está ligada a três mecanismos que se inter-relacionam, isto é, a adesão de eritrócitos, granulócitos, monócitos e plaquetas ao endotélio vascular; fenômenos inflamatórios crônicos, exacerbados por episódios agudos; produção de intermediários inflamatórios, como citocinas e alterações do metabolismo de óxido nítrico.

No que se refere aos sintomas da anemia falciforme, o Ministério da Saúde (2015) pontua as formas como eles podem se manifestar em cada indivíduo. Segundo o MS, alguns indivíduos possuem apenas alguns sintomas leves, enquanto outros um ou mais sinais. Os

sintomas surgem, em geral, nos primeiros seis meses de idade. Abaixo, segue o Quadro 1 com a descrição dos sintomas da anemia falciforme.

Quadro 1: Anemia falciforme - Sintomas e suas características

Sintomas	Características
Crises de dor	A dor é um dos sintomas mais frequentes da doença falciforme que causa obstrução de pequenos vasos sanguíneos pelos glóbulos vermelhos com forma de foice. É mais frequente nos ossos e articulações, mas podem atingir qualquer parte do corpo. Há variação no seu tempo de duração, bem como podem acontecer por várias vezes ao ano. Em geral, essas crises estão associadas às infecções, ao tempo frio, no período que antecede a menstruação, aos problemas emocionais, desidratação e gravidez.
Síndrome mão-pé	Quando os pequenos vasos sanguíneos das mãos e dos pés incham, ficam avermelhados causando dor. Ocorre com maior frequência em crianças.
Infecções	Indivíduos com doença falciforme são mais vulneráveis a infecções. As crianças, em especial, estão mais sujeitas a pneumonias e meningites. É fundamental que as crianças recebam vacinas especiais que possam prevenir essas complicações. Além disso, deve-se procurar o hospital imediatamente ao primeiro sinal de febre para que haja acompanhamento da doença e controlá-la mais facilmente.
Úlcera de perna	Também é conhecida como ferida na perna e ocorre com maior frequência próximo ao tornozelo, a partir da adolescência. O tempo para a cicatrização das úlceras varia de indivíduo para indivíduo e pode levar até anos para completar a cicatrização, principalmente, se não forem cuidadas no início do seu surgimento. A prevenção desse sintoma consiste em usar sapatos e meias grossas.
Sequestro do sangue no baço	O baço é responsável pela filtração do sangue. Nas crianças com anemia falciforme, ele pode aumentar rapidamente o tamanho porque sequestra todo o sangue, o que pode levar à morte rapidamente devido à falta de sangue para outros órgãos do corpo como o cérebro e o coração. Esse sintoma é visto como uma complicação da doença que causa riscos à vida e, portanto, precisa de tratamento emergencial.

Fonte: Adaptado de Silva (2015).

Santos (2011 *apud* MONTEIRO, 2017) explica que o Ministério da Saúde instituiu, em junho do ano de 2001, a Portaria 822/001, incluindo a anemia falciforme no programa de triagem neonatal das hemoglobinopatias. Na portaria, consta também a triagem de pessoas heterozigotas e a triagem de indivíduos para a anemia falciforme.

Segundo explica Kikuchi (2007), a Síndrome do Mão-Pé ou Dactilite (Figura C) pode ser a primeira manifestação clínica da doença falciforme e ocorre em razão de um processo inflamatório causado por necrose da medula óssea dos ossos da mão e dos pés. É mais comum em crianças com anemia falciforme. O local onde ocorre o processo inflamatório fica muito dolorido, sensível e vermelho. Nesses casos, é fundamental que os profissionais de saúde esclareçam para a família que a criança precisa ser hidratada, mantê-la aquecida e ser medicada de acordo com a prescrição médica. As úlceras de pernas (Figura D), segundo a Anvisa (2002), consistem em feridas, cujo tamanho varia, bem como podem ocorrer ao redor do tornozelo e/ou região lateral da perna. Constituem-se como as mais frequentes na anemia falciforme e podem ser muito dolorosas. Seu tempo de cicatrização também varia podendo, inclusive, tornar-se crônica. Eisenstein (2005) complementa que essas úlceras limitam a interação entre as pessoas com anemia falciforme e demais membros da sociedade, o que provoca o isolamento social resultante de constrangimento que tem como causa as feridas dolorosas e fétidas. É comum surgirem na adolescência ou de modo espontâneo e pós-trauma. Além disso, é mais frequente em homens.

Figura C: Síndrome do Pé e Mão



Figura D: Úlceras de Perna



Fonte: AGAFAL – Associação Gaúcha de Doença Falciforme. Acesso em 14 out. 2020.

Outros sintomas como o Priaprismo e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) são frequentes em pessoas com doença falciforme. O Priaprismo, segundo Kikuche (2007), é caracterizado pela ereção dolorosa e prolongada do pênis e isso não está relacionado ao estímulo sexual, mas sim, decorre da obstrução dos vasos sanguíneos do órgão genital. Já o AVC pode acometer pacientes com doença falciforme de qualquer idade. É considerado uma das complicações mais graves da anemia falciforme e é mais comum em crianças.

Segundo Manfredini (2007), quando o transporte de oxigênio fica prejudicado pela diminuição de hemoglobina no sangue, a condição resultante dessa anomalia é a anemia. A hemorragia, as doenças que afetam a produção de hemácias normais, deficiência de ferro no organismo, bem como outras patologias que causam prejuízos à síntese da hemoglobina são outros tipos de causas da diminuição de hemoglobina no sangue. Na anemia, o indivíduo possui baixa oxigenação das células, diminui a capacidade de energia e sofre com a baixa geral no metabolismo. Dessa forma, o cansaço físico e mental são os principais sintomas de que uma pessoa está com anemia.

No caso dos jovens, segundo observam Daltro *et al.* (2008 *apud* FERREIRA; CORDEIRO, 2013), a osteonecrose se constitui como sendo uma das complicações mais comuns entre essa população. Ela é mais frequente na cabeça do fêmur que provoca degeneração na arquitetura trabecular quando não há um tratamento específico. Nesse caso, em razão do tratamento tardio, é preciso uma intervenção cirúrgica invasiva. O problema é que, em indivíduos com falcemias, a morbimortalidade após cinco a dez anos de idade tem elevada taxa.

Entende-se que toda doença precisa ser diagnosticada precocemente para que o tratamento seja mais eficaz e as chances de cura ou de cuidados adequados possam ser melhores. Mas, no caso da anemia falciforme, é fundamental que esse diagnóstico seja realizado já na fase neonatal.

3.5 O Diagnóstico

Conforme descrevem Ferraz e Murao (2007), pode-se utilizar técnicas de eletroforese de hemoglobinas no diagnóstico das doenças falciformes. As referidas técnicas têm como auxílio o hemograma, a quantificação de hemoglobinas por Cromatografia Líquida de Alta Resolução (HPLC), focalização isoeétrica e teste de falcização das hemácias. Existem também os Programas de Triagem Neonatal (PTN) que usam técnicas altamente precisas

como a *Isoelectric Focusing-eletroforese* (IEF) por focalização isoeétrica e a *Hight Performance Liquid Cromotography* (HPLC). Os testes de triagem neonatal são considerados fundamentais para o diagnóstico precoce da anemia falciforme.

Os testes realizados pelos PTNs iniciaram-se na década de 1950 ao redor do mundo. No Brasil, ocorreu em 1976 com a triagem da fenilcetonúria. Em 2001, por meio da Portaria n.º 822, de 6 de junho de 2001, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que, através do Teste do Pezinho, diagnostica precocemente quatro grupos de doenças (no teste básico): hipotireoidismo congênito, hiperfenilalaninemias, hemoglobinopatias e fibrose cística (COSTA *et al.*, 2012), além de outras doenças diagnosticadas pelo Teste do Pezinho ampliado.

De acordo com estudos de Santos (2014), o teste do pezinho constitui-se como uma das formas de diagnosticar a doença falciforme em bebês recém-nascidos. É gratuito nas unidades de saúde pública e é, recomendável que se realize a triagem já na primeira semana de vida. Jesus (2010) complementa que o método utilizado neste teste é o eletroforese em HPLC ou focalização isoeétrica. O objetivo dessa triagem, a princípio, é diagnosticar crianças com doenças falciformes e identificar outras hemoglobinopatias significantes clinicamente, inclusive algumas Beta Talassemias (em grande parte as Alfas Talassemias). Nesse diagnóstico, podem ser identificados portadores assintomáticos, mas que pode ter implicação genética significativa na família. Atualmente, todos os testes do pezinho são realizados por meio da Espectrometria de Massas em Tandem que se constitui como uma metodologia avançada e inovadora com altíssimo grau de sensibilidade e confiabilidade, segundo apontado pelo Methodoslab (2020).

Para o Ministério da Saúde (2002), é preciso que haja um diagnóstico preciso na detecção das variadas formas de doenças falciformes e esses diagnósticos devem ter como base, especialmente, as técnicas eletroforéticas, bem como as dosagens da hemoglobina fetal e hemograma. Destaca ainda que, para o diagnóstico em neonatais, usa-se o sangue do cordão umbilical. Caso o resultado seja positivo para doença falciforme, é preciso refazer os testes após os seis meses de idade. Como metodologia para testes em bebês com seis meses de idade, pode-se citar o Eletroforese alcalina em acetato de celulose; Eletroforese ácida em agar ou agarose; Teste de solubilidade; Dosagem de Hemoglobina Fetal; Dosagem de Hemoglobina A2; Hemograma completo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), durante a leitura do hemograma, quando existe a presença da anemia hemolítica e infecção, é comum encontrar um aumento

dos leucócitos e das plaquetas. A hemoglobina S é detectada através da prova de falcização dos eritrócitos. No mielograma, nota-se o aumento na série vermelha muito acentuada, conforme acrescenta Lorenzi (2006). Akinsheye *et al.* (2011) acrescentam que o nível de Hemoglobina Fetal (HbF) em pessoas adultas com genótipo HbAA é de cerca de 1%. Já nas pessoas com doença falciforme, esses níveis podem se encontrar entre 5% e 8%, mas, dependendo dos haplótipos que estão ligados ao grupo de genes da globina beta S, muitos pacientes que possuem níveis elevados dessa hemoglobina podem alcançar níveis que chegam a 30%.

O diagnóstico deve ser o mais precoce possível, no entanto, em muitos casos, isso não ocorre em virtude do fato de que muitos dos acometidos pela anemia falciforme viverem em condições muito precárias de vida, pouca informação e difícil acesso ao sistema de saúde pública. Tudo isso dificulta o tratamento dessa doença que causa muitos prejuízos à qualidade de vida.

3.6 O tratamento

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a anemia falciforme não possui uma cura, tampouco, um tratamento específico e essa é a razão de se realizar medidas gerais e preventivas com base em cuidados clínicos, bem como de suporte com o objetivo de diminuir as consequências da anemia crônica, da susceptibilidade às infecções e as crises de falcização.

Dentre as medidas pontuadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com Ferreira (2013), estão a hidratação, prevenção de infecções, evitar as condições climáticas adversas, boa nutrição, oxigenoterapia e o combate à dor. Educar o paciente e sua família, bem como o acompanhamento ambulatorial são essenciais para que se possa aumentar a qualidade de vida da pessoa com anemia falciforme. Além dessas medidas, o paciente deve realizar exames de rotina (urina I, raio-X torácico, eletrocardiograma, protoparasitológico, ecocardiograma, eletrólitos, ultrassom abdominal, proteinúria, creatinina e clearance, provas de função hepática, exames oftalmológicos, entre outros). O hemograma completo deve ser realizado pelo menos duas vezes ao ano. Em casos de níveis baixos de hemoglobina, isso pode apontar para uma insuficiência renal crônica ou uma crise aplástica.

Segundo Ferreira (2013), em casos de complicações anêmicas severas, a transfusão de concentrado de hemácias é uma possibilidade que não se pode descartar. A finalidade

dessas transfusões é a de reduzir a aloimunização dos pacientes, assim como, a incidência de doenças transmissíveis. Já em casos onde ocorram crises hemolíticas severas, pode-se realizar a exsanguinotransfusão que consiste no método que substitui quase todo o sangue do paciente com transtornos de coagulação pelo sangue de um doador realizando sangria e transfusão simultaneamente (HOUAISS; VILLAR, 2001). As úlceras de perna podem ser tratadas por meio do controle da hemólise e curativos diários, nos quais se utilizam uma cobertura adequada para cada tipo de lesão. Isso contribui para que ocorra a cicatrização mais rápida.

Os estudos de Ferreira e Gouvêa (2018) esclarecem que o tratamento da anemia falciforme tem como base o controle dos sintomas da doença e o único medicamento aprovado e que altera o curso da doença é o antineoplásico hidroxiuréia. Entretanto, ele não é curativo, apesar de apresentar eficácia e sucesso. Embora seja comprovadamente eficaz no tratamento, ele pode provocar efeitos colaterais significativos e adversos. Até o momento, segundo os autores, o método de tratamento curativo da doença é o transplante de células tronco hematopoéticas.

Para Santos (2014), a hidroxiuréia age como antifalcização aumentando a hemoglobina fetal nas células e reduzindo as chances de aparecimento de trombozes e crises dolorosas intensas. É um quimioterápico que atua na modificação da membrana dos eritrócitos, o que reduz os neutrófilos e a expressão de moléculas de adesão nos linfócitos e monócitos. No entanto, a utilização de hidroxiuréia pode, em determinados casos, provocar mielodepressão e pancitopenia com especial atenção no número de granulócitos, plaquetas e reticulócitos.

Segundo Sousa (2009), a hidroxiuréia é utilizada para que as crises dolorosas sejam diminuídas e a produção de HbF seja aumentada de 15% a 20%. Outro medicamento utilizado é a Profilaxia com penicilina que previne infecções, aumenta a imunidade e deve ser empregada em crianças com anemia falciforme, a partir do segundo mês de vida até os cinco anos de idade. Também se adota como medida de tratamento a Antibioterapia Sistêmica, considerada como muito necessária, tendo em vista que a infecção bacteriana é a maior causa de hospitalização e mortes por anemia falciforme. A Analgesia, que implica na prescrição de Dipirona, acetaminofem, ácido acetilsalicílico, ibuprofem, é muito utilizada nas crises dolorosas vaso-oclusivas. Entretanto, quando as dores são muito intensas, usam-se a morfina e a codeína.

Ainda sobre o transplante de medula óssea, Lorenzi (2006) informa que ela é considerada como cura porque se substitui a série vermelha. No entanto, o problema é que

existem muitos riscos, nos quais, estão inseridas grande taxa de mortalidade e complicações durante e após o transplante. Há um público ideal para a realização do transplante, que é o menor de dezoito anos, desde que não tenha nenhum problema grave como, por exemplo, a lesão hepática, pulmonar ou cardíaca. Um grupo de risco para o transplante é a pessoa menor ou não de dezoito anos que possui aloimunização e depósitos de ferro excessivos.

Henry (2009) considera como procedimentos em pacientes com crises falcêmicas, a Terapêutica Transfusional que aumenta a capacidade transportadora de oxigênio no sangue; a Suplementação de Ácido Fólico, que consiste na utilização de suplementos de ácido fólico para impedir a deficiência consequente do aumento da eritropoiese em resposta à hemólise crônica; Hidratação oral ou endovenosa que é recomendada em razão da alta frequência da complicação renal, isto é, incapacidade de concentração máxima da urina ou isostenúria; o Transplante de Medula Óssea Alogênico (TMO) que, como dito anteriormente, consiste na substituição da eritropoiese das células falciformes e, por fim, a Terapia Genética, ou seja, redução do impacto clínico da doença por meio da transfecção viral em células estaminais hematopoéticas.

Lima (2004) acrescenta que todos os procedimentos acima citados têm maior sucesso quando há aconselhamento psicossocial, pois as pessoas com anemia falciforme ficam muito vulneráveis a abalos emocionais e sociais durante toda a sua vida. Destaca ainda que o aconselhamento genético constitui-se como um procedimento que trabalha com as possibilidades de ocorrência de uma doença hereditária na família. Isso auxilia no entendimento de como a herança genética pode contribuir para a incidência da anemia falciforme e os riscos de recorrência para parentes com as mesmas características. A criação deste procedimento auxilia na solução de problemas inerentes da hereditariedade.

Até o presente momento, discorreu-se sobre a anemia falciforme, suas origens, características, sintomas, diagnóstico e formas de tratamento. Entendeu-se que é uma doença que, até o presente momento, não possui uma cura por meio de procedimentos e técnicas menos arriscadas que o transplante de medula óssea. Embora seja o método até o momento capaz de curar a anemia falciforme, o transplante é de extremo risco de morte do paciente. Portanto, a base do tratamento da doença é a diminuição dos sintomas e, para isso, é preciso uma união de forças tanto da equipe médica como de outros agentes como psicólogos e o farmacêutico.

3.7 Anemia Falciforme: contribuições do profissional farmacêutico

Para entender a relevância do profissional farmacêutico no tratamento da anemia falciforme, compreende-se como pertinente abordar brevemente a história da atenção farmacêutica e sua evolução que trouxe consigo diversas transformações na forma de perceber a atenção farmacêutica, bem como, o papel do farmacêutico nos inúmeros tipos de tratamento e isso inclui o tratamento da anemia falciforme.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1993), a atenção farmacêutica consiste no manual de conhecimentos, atribuições, habilidades e atitudes na formação da terapia medicamentosa com o intuito de obter melhora na qualidade de vida do paciente por meio do acompanhamento farmacoterapêutico. Isso implica verificar também problemas relacionados com medicamentos (PRM).

Pereira (2008) lembra que a profissão farmacêutica tem evoluído, passando por transformações, tanto quanto a maioria das profissões. Destaca que essas mudanças originam-se do desenvolvimento da indústria farmacêutica durante as décadas de 1940 e 1950, bem como da entrada das drogas sintéticas no mercado que provocou o aumento dos problemas referentes ao uso de medicamentos. Portanto, a atividade primária do farmacêutico perdeu seu espaço.

No final do século XX, de acordo com Soares *et al.* (2016), ressurgiu a abordagem sobre a sociotécnica dos cuidados em saúde e, nos últimos anos, ela tem conquistado cada vez mais força, apontando a atividade clínica como o caminho da transformação. Andersen e Davidson (2007 *apud* SOARES *et al.*, 2016) afirmam que, na farmácia, a tomada de decisão envolve, em geral, somente os medicamentos. Entretanto, isso não impede que ela abarque também o serviço clínico. Portanto, é preciso considerar as necessidades estabelecidas pela expertise do farmacêutico, e não somente a partir do uso de medicamentos.

No tratamento da anemia falciforme, o farmacêutico também está incluído nesta tomada de decisão, já que ele possui um papel de grande relevância. Dessa maneira, precisa ter conhecimento e estar bem informado do que seja essa patologia, pois, levando em consideração os dizeres dos autores anteriormente citados, a abordagem sociotécnica dos cuidados em saúde tem se destacado no processo de busca por melhoria na qualidade da saúde.

Aquino (2008 *apud* COSTA *et al.*, 2012) acrescenta que, para o uso de medicamentos de modo racional, é preciso atentar para os requisitos que são complexos e

envolvem uma gama de variáveis. Nesse contexto, o farmacêutico é importante, pois possui informações completas acerca da segurança dos fármacos, além de ser capacitado para identificar e prevenir corretamente as combinações entre substâncias farmacológicas inseridas nos medicamentos. Esse conhecimento por parte do farmacêutico é fundamental no tratamento da anemia falciforme.

Nas palavras de Soares *et al.* (2016), o atendimento a uma pessoa na farmácia pode produzir cuidado. Assim sendo, a partir do momento em que o processo de trabalho é revisto e o medicamento deixa de ser objeto e passa a ser instrumento de trabalho, somado a técnicas e conhecimentos que são materializados através da escuta e das orientações na ação de dispensação, cria-se um novo paradigma para a profissão farmacêutica.

No que tange ao paciente, especialmente, o portador da anemia falciforme, que é o cerne deste artigo, o farmacêutico precisa garantir que a terapêutica farmacológica seja correta, segura e eficaz, bem como a administração deve ser bem planejada. Cabe a ele identificar os problemas com medicamentos, prevenir os profissionais da saúde desses problemas e buscar soluções, pois, em muitos casos, uma medicação problemática pode interferir na terapêutica farmacológica de modo negativo.

Muitas reações adversas podem ocorrer durante o tratamento da anemia falciforme como alergias, alterações no efeito do medicamento. Além disso, o paciente pode se tornar resistente ao medicamento, dentre tantos outros efeitos colaterais que podem emergir. Dessa forma, o farmacêutico, que é o profissional mais próximo do paciente, pode atuar no sentido de minimizar e/ou solucionar os problemas com medicamentos.

Para Soares *et al.* (2016), a consequência do planejamento de ações de assistência farmacêutica é o aprimoramento das etapas do ciclo da assistência farmacêutica e do trabalho com a comunidade. Dessa forma, o farmacêutico contribui de modo significativo para o acesso e uso racional de medicamentos, que, no caso da anemia falciforme são fundamentais para minimizar os sintomas da doença, que geram muito desconforto nos pacientes.

O farmacêutico é um profissional que interage diretamente com pacientes de toda e qualquer tipo de doença. Sua função é atender às necessidades referentes ao diagnóstico e medicamento e, segundo Pereira (2008), proporciona impactos positivos no controle de patologias simples ou crônicas, contribuindo também para que haja redução de custos no sistema de saúde.

O trabalho do farmacêutico envolve a promoção da saúde da pessoa doente e seu objetivo é otimizar a terapêutica farmacológica. Contribui, conforme já citado, para a prevenção e cura de doenças, bem como de monitorar os eventos adversos.

Pereira e Freitas (2008) alertam para o fato de que é fundamental que o profissional farmacêutico tenha formação clínica, que tenha os conhecimentos necessários sobre a farmácia clínica e, assim sendo, estará habilitado para acompanhar a farmacoterapia completa e qualitativa. Estará apto para avaliar os resultados clínico-laboratoriais do paciente e poder interferir diretamente na farmacoterapia. Além disso, o profissional farmacêutico precisa preocupar-se com as variáveis qualitativas do processo, especialmente, aquelas que se referem à qualidade de vida do paciente. Na anemia falciforme, seu papel é ainda mais importante, considerando que a qualidade de vida do paciente com a doença depende muito da qualidade dos serviços de saúde e da utilização correta dos medicamentos.

Segundo Pereira e Freitas (2008), antes mesmo de buscar o sistema de saúde, o paciente procura no farmacêutico uma orientação franca, desinteressada, segura e amigável, o que torna a sua responsabilidade ética e profissional ainda maior. Por esse motivo, dentre outros, é fundamental que o farmacêutico tenha preparo adequado para atender corretamente as necessidades da pessoa que o procura, principalmente, o paciente com anemia falciforme. Os autores reforçam a relevância do conhecimento de análises laboratoriais e diagnósticos das doenças falciformes, bem como dos sintomas da anemia falciforme por parte do profissional farmacêutico.

De acordo com Dantas (2011 *apud* COSTA *et al.*, 2012), a função do profissional farmacêutico é claramente percebida no fato de que o real beneficiário das suas ações é o paciente. Portanto, é fundamental que essas ações sejam pautadas em um complexo de atitudes que envolvem o comportamento, o compromisso, os conhecimentos, a responsabilidade e, sobretudo, os valores éticos. Reforçando as afirmações de Dantas, Novaes *et al.* (2009) complementam que o farmacêutico precisa estar presente em todas as atividades que envolvem medicamentos, desde o abastecimento, passando pelo controle de qualidade, segurança, conservação e eficácia terapêutica. Seu acompanhamento, avaliação de uso, obtenção e difusão de informações referentes aos medicamentos no sentido de garantir o uso racional também são de fundamental importância.

Shimauti e Silva (2006 *apud* COSTA *et al.*, 2012) ressaltam que o conhecimento do farmacêutico é de grande relevância para detectar sintomas da anemia falciforme. Para os autores, é fundamental que haja uma interpretação correta e que correlacione os resultados

com o estado clínico e, caso necessário, que sejam repetidos os testes duvidosos. O conhecimento do farmacêutico sobre os sintomas e da emissão de exames precisos para a detecção da anemia falciforme é, nesse sentido, essencial.

Novaes *et al.* (2009) consideram que o êxito da terapêutica e do prognóstico do paciente depende muito dos cuidados realizados por uma equipe multiprofissional. Assim sendo, uma contribuição importante para a segurança do paciente é a integração e boa comunicação entre os membros da equipe assistencial. A inserção do farmacêutico na equipe multidisciplinar, como profissional responsável pelo uso seguro dos medicamentos, é de muita relevância.

Entende-se, dessa maneira, que a atuação do farmacêutico no tratamento da anemia falciforme gera impactos positivos na qualidade de vida do indivíduo portador da doença, bem como, apresenta-se como eficiente economicamente. O profissional farmacêutico proporciona a utilização racional de medicamentos oferecendo maior segurança e eficiência no tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença falciforme origina-se do continente africano e, portanto, acomete, com maior incidência, a população negra, o que não significa que a população branca esteja imune de contrair a doença. O contato entre africano e povos europeus, asiáticos e outros possibilitou a difusão da anemia falciforme no mundo, principalmente, em razão do tráfico negreiro. É uma doença genética e hereditária que tem como causa, a mutação do gene decodificador da cadeia beta da hemoglobina localizada no cromossomo 11 e o resultado dessa mutação é a hemoglobina S (HBS). Seu diagnóstico precoce é de fundamental importância para que haja maior eficácia do tratamento que consiste em amenizar os sintomas.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar as contribuições do profissional farmacêutico no tratamento da anemia falciforme. Em resposta a esse objetivo, as literaturas apresentadas neste trabalho permitiram concluir que o papel do farmacêutico no tratamento da anemia falciforme é de grande relevância, em razão do fato de que ele possui informações completas sobre a segurança dos fármacos. É também capacitado para identificar e prevenir, de maneira correta, as combinações entre as substâncias farmacológicas que estão inseridas nos medicamentos. É um profissional que interage diretamente com o paciente e, no caso da

anemia falciforme, ele atua no controle dos sintomas que ela gera no indivíduo e que podem comprometer sua qualidade de vida.

Conclui-se, dessa forma, que o profissional farmacêutico é essencial durante o tratamento da anemia falciforme, na medida em que ele pode auxiliar no entendimento dos medicamentos e procedimentos prescritos para oferecer maior qualidade de vida ao portador da doença. No entanto, ele deve ter conhecimento amplo da doença para melhor contribuir no seu tratamento.

REFERÊNCIAS

- AKINSHEYE, I.; ALSULTAN, A.; SOLOVIEFF, N.; NGO, D.; BALDWIN, C. T.; SEBASTIANI, P. Fetal hemoglobin in sickle cell anemia. **Blood**. vol. 118, n°. 1, 2011.
- ANVISA - Agência Nacional de vigilância Sanitária. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes**. Brasília: ANVISA, 2001.
- ANVISA. **Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doença Falciforme**. Brasília: ANVISA, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal**. Brasília: Editora MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde – Doença Falciforme** (2013). Disponível em <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/955-sasraiz/dahu-raiz/sangue-e-hemoderivados/12-sangue-e-hemoderivados/13335-doenca-falciforme>>. Acesso em 15 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Educação em Saúde. Autocuidado na Doença Falciforme**. Brasília, v. 4, 2015.
- CANÇADO, R. D.; JESUS, A. J. A Doença Falciforme no Brasil. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 29, p. 204-206, 2007.
- CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: Trilhando caminhos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- COSTA, S. N; BOA-SORTE, N; COUTO, R. D; OLIVEIRA, E. G; COUTO, F. D. Triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatias no recôncavo baiano: Avaliação da cobertura em Cruz das Almas e Valença, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2012, 36, 831–843.
- DIAS, A. L. de A. A (re)construção do caminhar: itinerário terapêutico de pessoas com doença falciforme com histórico de úlcera de perna. Salvador, 2013, 191 f. Dissertação

(mestrado em Saúde Comunitária) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**. 2005; 2(2):6-7. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso: 12 out. 2020.

FELIX, A. A. [et al] Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v. 32, n. 3, p. 203-208, 2010.

FERRAZ, M. H. C; MURÃO, M. Diagnóstico laboratorial da doença falciforme em neonatos e após o sexto mês de vida. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** Vol 29, nº 3. São José do Rio Preto, jul/set, 2007.

FERREIRA, S. L. CORDEIRO, R. C (Orgs). **Qualidade de vida e cuidados às pessoas com doença falciforme**. Salvador: EDUFBA, 2013.

FERREIRA, R; GOUVÊA, C. M. C. P. Recentes avanços no tratamento da anemia falciforme. **Rev. Méd.** Minas Gerais, 28 [1,6], jan/dez, 2018.

HAMERSCHLAK, N. **Manual de Hematologia: Programa Integrado de Hematologia e Transplantes de Medula Óssea**. Barueri, SP: Manole, 2010.

HENRY, J. B. **Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais**. 20 ed. Barueri/SP: Manole, 2008.

HOUAISS, A; VILLAR, M.S. – **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

JESUS, J. A. de. Doença falciforme no Brasil. **Rev. Gazeta Médica da Bahia**. Salvador, v.80, n.3, p.8-10. Ago-Out, 2010.

KIKUCHI, B. A. **Anemia Falciforme: manual para Agentes de Educação e Saúde**. Belo Horizonte: Editora Health, 2007.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

LIMA, D. R. **Manual de farmacologia clínica, terapêutica e toxicologia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004.

LORENZI, T. R. **Manual de hematologia: Propedêutica e Clínica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.

LORENZI, T. R. **Atlas de Hematologia: Clínica Hematológica Ilustrada**. Reimpr. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LOUREIRO, M. M; ROZENFELD, S. **Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil**. Revista Saúde Pública 2005, v. 39, n. 6, p. 943-949.

MANFREDINI, V; CASTRO S; WAGNER, S; BENFATO, M. S. A fisiopatologia da anemia falciforme. **Rev. Infarma**, v.19, n.1-2, 2007.

MARTINS, H. S; BRANDÃO NETO, R. A; SCALABRINI, N. A; VELASCO, I. T. **Emergências Clínicas: Abordagem Prática / Disciplina de Emergências Clínicas Hospital das Clínicas da FMUSP**. 7. ed. Rev. e atual. Barueri, São Paulo: Manole, 2012.

METHODOSLAB. Teste do Pezinho. **Artigo**. 2020. Disponível em: <<https://www.methodoslab.com.br/materiais-cientificos/teste-do-pezinho/>> Acesso em 15 out. 2020.

MONTEIRO, A. de S. S. **Abordagens conceituais sobre a Doença Falciforme em livros didáticos de Biologia do Ensino Médio**. (TCC). Cruz das Almas/BA: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2017.

NOVAES, M. R. C. G. **Guia de boas práticas em farmácia hospitalar e serviços de saúde – Sbrafh**. São Paulo: Ateliê Vide o Verso, 2009.

OLIVEIRA, M. P. **Perfil epidemiológico dos pacientes com anemia falciforme e ocorrência familiar da doenças no norte do estado de Minas Gerais-Brasil**. Montes Claros, 2010, 83 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da saúde) – Programa de Pós-graduação em ciências da saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Segunda reunión de la OMS sobre la función del farmacéutico: servicios farmacéuticos de calidad: ventajas para los gobiernos y el público**. Tokio, 1993.

PEREIRA, L. R. A evolução farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n. 4, 2008.

PEREIRA, L. R. L; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

POLAINAS, S. S. M. G. **Talassemias: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e abordagens**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2017.

ROCHA, H. H. G. **Anemia Falciforme**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

SANTOS, G. E. R. **Enfermagem no tratamento de anemia falciforme**. São Paulo: EpU, 1999.

SANTOS, A. L. dos. **Perfil de pessoas com doença falciforme em uma unidade de emergência: implicações para o cuidado em enfermagem**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2014.

SILVA, R. M. da. **Epidemia da Doença Falciforme no Rio Grande do Sul**. (Monografia). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

SOARES, L; FARIAS, M. R; LEITE, S. N; CAMPESE, M; MANZINI, F. **Atenção clínica do farmacêutico**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016.

SOUZA, J.C. **Hematologia**. 26 Ed. Apostila publicada em abril de 2009.

STUART, M. J; NAGEL, R. L. Sickle-cell disease. **Lancet**, 2004, 364, 1343–1360.

ZAGO, M. A. Consideracoes gerais das doencas falciformes: In: **Manual de diagnostico e tratamento da doenca falciforme**. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Brasilia, 2002.

ZAGO, M. A; FALCÃO, R. P; PASQUINI, R. **Tratado de Hematologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.

O RESGATE DA CIDADANIA DO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

THE RESCUE OF CITIZENSHIP OF PATIENT WITH PSYCHIC SUFFERING

ALINE APARECIDA CONCEIÇÃO DA SILVA MORAIS¹, FABIANA RODRIGUES DE OLIVEIRA²,
FERNANDA MARTINS DOS SANTOS³, KALIANI ALVES DE ALMEIDA⁴, NATHALIA ODA AMARAL⁵;
ADRIANA DE OLIVEIRA BARBOSA; IZAULETE DE OLIVEIRA; JOSÉ AMÉRICO LACERDA
JÚNIOR; CAROLINE WINTER CATHARIN; BYL FARNEY RODRIGUES DA CUNHA JÚNIOR.

RESUMO:

A reforma psiquiátrica foi um marco importantíssimo para as transformações na área da assistência à psiquiatria. Essas mudanças trouxeram novas atribuições aos familiares, sobretudo, realçando o direito à cidadania do paciente em sofrimento psíquico. O objetivo deste trabalho foi identificar quais os desafios existentes acerca da reinserção social do portador de sofrimento psíquico, que limitam o seu processo de ressocialização através das políticas públicas e legislações do Sistema Único de Saúde (SUS). Para alcançar os objetivos deste estudo optou-se por realizar uma revisão da literatura, a pesquisa dos artigos foi realizada a partir das bases eletrônicas: Biblioteca Virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), utilizando os descritores: Reinserção social; Reforma Psiquiátrica; Saúde mental; Desinstitucionalização; Sistema Único de Saúde (SUS). Conclusão: Com o advento da Reforma Psiquiátrica houve diversas mudanças no cenário da psiquiatria, porém a realidade brasileira é marcada por inúmeras diferenças sociais criando uma realidade de apoio diferente para cada usuário. Nesse contexto, para que ocorra de fato uma inclusão social é necessário que a sociedade seja capaz de abandonar o estigma de medo e preconceito e que haja um maior comprometimento da família no processo de desinstitucionalização juntamente com a sociedade.

Palavras-chave: Saúde mental. Desinstitucionalização. Reinserção social.

ABSTRACT:

Psychiatric reform was an extremely important milestone for transformations in the area of psychiatric care. These changes brought new attributions to family members, especially emphasizing the right to citizenship of patients in psychological distress. The objective of this work was to identify what are the existing challenges regarding the social reinsertion of patients with psychological distress, which limit their re-socialization process through public policies and legislation of the Unified Health System (SUS). To achieve the objectives of this study, it was decided to perform a literature review, the search for the articles was carried out from the electronic bases: Virtual Library Scientific Electronic library Online (SCIELO), Virtual Health Library (VHL), Latin American Literature and Caribbean Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), using the descriptors: Social reinsertion; Psychiatric Reform; mental health; deinstitutionalization; Unified Health System (SUS). Conclusion: with the advent of the Psychiatric Reform there were several changes in the psychiatric scenario, but the Brazilian reality is marked by numerous social differences creating a different support reality for each user. In this context, for social inclusion to occur, it is necessary that society is able to abandon the stigma of fear and prejudice and that there is a greater commitment by the family in the process of deinstitutionalization together with society.

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da FacUnicamps. E-mail: alineacsilva1@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da FacUnicamps. E-mail: fabyannaollyveyra@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da FacUnicamps. E-mail: fernanda15s@hotmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da FacUnicamps. E-mail: kalianealves71@gmail.com

⁵ Professora Doutora do Curso de Enfermagem da FacUnicamps. E-mail: nathalia.oda.a@gmail.com

Keywords: Mental health. Deinstitutionalization. Social reinsertion

1. INTRODUÇÃO

A definição que melhor se adapta ao termo "reinserção" social é:

estabelecimento e resgate de uma rede social inexistente ou comprometida. Tem como objetivo a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania, sendo um processo longo, gradativo e dinâmico, já que implica numa revisão de estigmas sociais e no resgate da cidadania (OBID, 2007, p. 03).

A reforma psiquiátrica foi um marco importantíssimo para as transformações na área da assistência à psiquiatria. Essas mudanças trouxeram novas atribuições aos familiares, sobretudo, realçando o direito à cidadania do paciente em sofrimento psíquico. Tal movimento também instituiu os modelos de assistência extra-hospitalares e a relevância de reinserção destes usuários na sociedade (PINI; WAIDMAN, 2011). Não era intuito da reforma extinguir com a assistência clínica ao portador de transtorno mental, mas sim, diminuir as práticas de internações desnecessárias, que poderiam acabar se tornando uma forma de excluir os indivíduos do convívio social (ALMEIDA et al., 2011).

As mudanças nesse cenário foram articuladas através dos princípios da desospitalização e desinstitucionalização buscando promover a cidadania, enfatizando a relevância de promover mudanças no cuidado, fortalecendo os vínculos sociais (FERREIRA; BEZERRA, 2017).

No atual panorama da reforma psiquiátrica ainda é possível observar certas dificuldades que se tornam contrárias à efetividade da desinstitucionalização tais como: as divergências entre estruturas dos programas, serviços e as reais necessidades dos usuários, além da falta de preparo da comunidade como um todo para reinseri-los e da cronicidade que fora adquirida através das falhas de reinternações desnecessárias, visto que, quase todos os esforços giram em torno de mudar o comportamento dos pacientes, quando o certo seria mudar o pensamento preconceituoso da sociedade (RAMOS, 2014).

No que diz respeito ao alcance das melhorias no atendimento, a reconstrução da assistência psiquiátrica vem acontecendo em conjunto as redes de atenção aberta constituída tanto pela atenção básica quanto por serviços especializados (SILVA et al., 2012). Nesse contexto surgiram as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), que visam assegurar aos

pacientes com sofrimento psíquico um atendimento integral e humanizado. Além disso, sua gestão é de caráter regional e conta com uma perspectiva de consolidação de um modelo de atenção aberto, com base comunitária, e garantia de que as pessoas com transtornos mentais tenham circulação livre pela cidade, comunidade e serviços. (NOBREGA et al., 2020). O trabalho da RAPS, se baseia em diretrizes clínicas que delimitam os modos de articulação dos serviços disponíveis. Porém pesquisas recentes sobre o seu funcionamento apontam que existem déficits na comunicação, implementação das ações na atenção básica e na escuta ao portador de sofrimento psíquico. (NOBREGA et al., 2020).

Com a redução dos leitos hospitalares psiquiátricos, foi necessária a criação de novos serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), atualmente regulamentados pela Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Onde passaram a ser divididos em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) e CAPSad (álcool e drogas) (BRASIL, 2002).

Esses em conjunto devem promover ações efetivas com a Estratégia Saúde da Família (ESF) o que na prática muitas vezes não acontece como de fato deveria (PINI; WAIDMAN, 2011). Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi identificar quais os desafios existentes acerca da reinserção social do portador de sofrimento psíquico, que limitam o seu processo de ressocialização através das políticas públicas e legislações do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos desse estudo optou-se por realizar uma revisão da literatura integrativa. A pesquisa dos artigos foi realizada a partir das bases eletrônicas: Biblioteca Virtual *Scientific Electronic library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), utilizando os descritores:

Reinserção social; Reforma Psiquiátrica; Saúde mental; Desinstitucionalização; Sistema Único de Saúde (SUS). Foram encontrados 44 artigos relacionados ao tema, destes, 10 não se encaixaram nos critérios de inclusão da pesquisa.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Contexto histórico

Após a chegada da família real portuguesa no Rio de Janeiro em 1808, ocorreram diversas mudanças comportamentais no cotidiano, na economia e até mesmo na cultura para que se adequassem ao modo de vida da corte (SANTOS, 2015).

Com o progresso de um novo país independente "os loucos" tornaram-se um "problema" para a ordem pública, pois os "desfavorecidos" não eram bem vistos no país por apresentarem comportamentos inadequados (SANTOS, 2015). Nesse contexto não existia tratamento psiquiátrico no país. Aqueles com melhores situações financeiras eram mantidos em suas residências enquanto os desfavorecidos que viviam nas ruas foram mantidos nos porões das Santas Casas de Misericórdia, em situação desumana (SANTOS, 2015).

Em 1830, devido aos protestos contra a situação que os pacientes eram tratados na Santa Casa, Dom Pedro II assinou em 1841, um decreto para a criação do primeiro hospício brasileiro, que de fato veio a ser inaugurado em 1852 e recebeu o seu nome. Assim os pacientes que viviam reclusos nas Santas Casas de Misericórdia passaram a ser tratados na primeira instituição psiquiátrica brasileira (SANTOS, 2015).

Após 38 anos, o Hospício Dom Pedro II desvinculou-se da Santa Casa e passou a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados. Com a proclamação da República surgiram as Colônias de Alienados sendo exclusivamente para homens indigentes (SANTOS, 2015).

Em 1903, o psiquiatra Juliano Moreira foi contratado para ser diretor do Hospício Nacional de Alienados e ao assumir o cargo transformou o hospital em uma escola de psiquiatria atraindo diversos jovens profissionais (SANTOS, 2015).

Apenas em 1970, durante a reforma sanitária, passou-se a ser discutido sobre a importância da humanização no tratamento daqueles que sofriam de transtornos mentais. Neste contexto o país passava por diversas transformações em busca do direito pela democracia (época da ditadura militar) (SANTOS, 2015).

3.2. Reforma Psiquiátrica

Os maus tratos dos pacientes do Centro Psiquiátrico Pedro II geraram uma greve dos profissionais que acabou passando uma imagem negativa para a imprensa o que contribuiu e tornou pública as discussões acerca da Reforma Psiquiátrica (BARROSO; SILVA, 2011). Essa buscava ofertar cuidados mais humanizados a partir da implementação de políticas públicas específicas estabelecendo um modelo de cuidados especializados aos portadores de sofrimento psíquico, estimulando a restituição do exercício à cidadania como um direito a ser respeitado (COSTA et al., 2012).

Os profissionais da área da saúde mental realizaram em 1979 o primeiro movimento em prol da luta antimanicomial, o qual propunha melhorias no atendimento. Porém, a saúde mental só teve reconhecimento em 1986 com a criação do primeiro CAPS no Brasil (SCHEFFER; SILVA, 2014). Em 1980 o governo federal apresentou uma proposta para substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo mais descentralizado no qual estimulava-se o tratamento extra-hospitalar como uma forma de ressocialização (BARROSO; SILVA, 2011).

Em 1989, durante o Congresso Nacional, foi apresentado o projeto de lei do deputado Paulo Delgado o qual propôs extinguir os manicômios. No entanto, somente 12 anos após a sua apresentação, em 6 de abril de 2001 foi promulgada a lei 10.216 (BRASIL, 2015), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Lei essa que foi reconhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica que propôs um tratamento mais humanizado as pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2015).

3.3. Os serviços substitutivos

Em 1986 surgiu o primeiro CAPS no Brasil, nomeado Professor Luís da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, inspirado em experiências do modelo italiano (FERREIRA, 2016). Dessa forma, um novo sistema começou a ser formado no Brasil, estabelecendo um novo patamar da reforma psiquiátrica brasileira através da lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003 que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, um programa denominado "De Volta Para Casa", voltado para pacientes acometidos por transtornos mentais, egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos, atualmente instituído no valor de R\$412,00⁶ (BRASIL, 2003).

Apesar das inovações estima-se que muitos daqueles que deveriam receber esse benefício acabam por não receber. Realidade essa que pode ser instituída com fatores que interferem no processo de desospitalização como: problemas nas documentações, residências terapêuticas insuficientes além da imensa dificuldade para desinstitucionalizar aqueles com longos períodos de internações psiquiátrica devido a problemas relacionados às suas comorbidades, idade avançada, o que exige um maior número de profissionais capacitados, e uma adequação nas estruturas das Residências Terapêuticas, conseqüentemente gerando um aumento nos custos para sua manutenção (ALMEIDA; CEZAR, 2016).

É indiscutível a importância da criação dos CAPS na reforma psiquiátrica, especialmente pelo fato de se ofertar o cuidado em “liberdade”, porém é necessário que se tenha um certo cuidado, pois este serviço deve estimular a ressocialização dos usuários e não torna-se o único e principal local de sua inserção (BONGIOVANNI; SILVA, 2019). Por considerar necessário ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, ocorreram modificações na política de saúde mental com a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Os Serviços Residências Terapêuticas são resultado das políticas implementadas por meio do Movimento de Luta Antimanicomial (MESQUITA et al., 2010), caracterizados por

⁶ Valor atual segundo dados da Caixa Econômica Federal.

uma modalidade de residência destinada somente para aqueles advindos de longas internações e que não possuam vínculos sociais e familiares (LEITÃO et al., 2018). Estabelecido pela Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 que institui os Serviços Residências Terapêuticas em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Entende-se como Serviços Residências Terapêuticas, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua reinserção social (BRASIL, 2000).

3.4. O papel da família na reinserção social

A abordagem familiar tem sido convocada para fazer parte das redes de apoio não apenas no que diz respeito ao atendimento, mas que faça parte integralmente das ações de cuidado (FERREIRA et al., 2019). Estes devem ser responsáveis pela rotina do paciente além de todo o processo de manutenção da sua saúde, proporcionando suporte social, financeiro e psicológico (ALABORA et al., 2017).

A família hoje é considerada como uma parte integrante na adesão ao tratamento do paciente com transtorno mental. Nesse contexto são debatidos cada vez mais modelos de atuação em conjunto voltadas para os familiares, visto que o sofrimento psíquico não interfere apenas no indivíduo que se desestabiliza, mas envolve todos que compõe o núcleo familiar. A criação desse elo favorece diretamente a reabilitação psicossocial (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

No entanto cabe ressaltar o quão frágil se torna a vida dos familiares dos pacientes com transtornos mentais, uma vez que estes partilham de todo o sofrimento e muitas vezes até do preconceito ainda presentes na sociedade. Conviver com pessoas que tenham algum tipo de sofrimento psíquico, principalmente advindas de longas internações ou que tenham crises constantes pode acarretar desgastes de caráter físico, econômico e emocional, constituindo uma grande demanda aos familiares e fazendo com que essas dificuldades interfiram na capacidade destes em sentirem-se capazes de exercer o cuidado (SILVA; ROSA, 2014).

Visando promover a autonomia para a reabilitação, se torna essencial ofertar meios menos restritivos, levando em consideração a individualidade de cada um (FURTADO et al., 2010), pois mesmo com a facilidade em ter acesso às informações o preconceito é um fator cultural enriquecido pela falta de conhecimento sobre o que é transtorno mental. A sociedade precisa entender que o indivíduo que apresenta algum tipo de transtorno mental não o escolheu e nem pode ser responsabilizado por tal (ALABORA et al., 2017).

3.5. Reinserção

Apesar da implementação dos serviços substitutivos ainda existe uma enorme lacuna entre a demanda e a oferta de serviços em saúde mental o que faz com que a maioria dos que necessitam de atendimento recebam tratamentos inadequados ou de baixa qualidade, entretanto tais dificuldades não devem ser motivo de justificativas para a não implementação de serviços de qualidades ou falhas de conduta (MAINARDE et al., 2014).

O SUS utiliza um conceito da saúde no qual em suas prioridades é incluído o cuidado com a saúde mental (GAINO et al., 2018). É necessário que se discuta a reinserção social como uma estratégia que vise proporcionar a autonomia através da possibilidade de estimular o convívio com a família, amigos e a sociedade em geral (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013). Desse modo, não basta apenas reinserir, é necessário que haja um preparo através de um processo de reabilitação de qualidade de forma que ofereça ao portador de transtorno mental oportunidades para que estes tenham uma vida em sociedade levando em conta as suas limitações (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013).

Acredita-se que a reabilitação psicossocial deve ser estruturada através de planejamentos que reforcem quais são as reais necessidades de cada paciente, pois em virtude das longas internações estes perdem as habilidades básicas necessárias para se viver com autonomia (GRUSKA; DIMENSTEIN, 2015).

3.6. O papel do enfermeiro na psiquiatria

A prática do profissional da área da enfermagem na atenção psiquiátrica consiste em desenvolver e gerenciar o cuidado a todos aqueles que necessitam (BRUSAMARELLO et al.,

2013). Este cuidado deve ser voltado para a promoção da saúde e prevenção dos agravos da saúde mental (LACCHINI et al., 2013).

O papel do enfermeiro na psiquiatria envolve-se significativamente na sua interação com a equipe multidisciplinar, através da educação continuada, promovida para com os pacientes e seus familiares, além de ser responsável por manter e gerenciar o ambiente e os cuidados terapêuticos (LACCHINI et al., 2013).

A Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que o enfermeiro dispõe para organizar e sistematizar o cuidado, identificando as reais necessidades dos pacientes. A consulta de enfermagem faz parte desse processo, e esta é capaz de promover a aproximação e criação de vínculo entre o paciente e o enfermeiro. Esta é utilizada para identificar as possíveis causas dos problemas e implementar ações de enfermagem que contribuam para a recuperação (LACCHINI et al., 2013).

Após a Reforma Psiquiátrica surgiram novas formas de cuidar incentivando ainda mais a reinserção social (CARRARA et al., 2015). As ações da enfermagem devem ser promovidas respeitando a dignidade humana e extinguindo qualquer tipo de preconceito (CARRARA et al., 2015).

É de extrema importância priorizar o cuidado humanizado para que seja possível transformar o olhar clínico em um olhar mais compreensivo, profundo e singular, respeitando as necessidades de cada um (CARRARA et al., 2015).

O enfermeiro deve trabalhar juntamente com o paciente para buscar melhorias que sejam adequadas a sua realidade. Saber ouvir e intervir através de ações que visam promover a saúde reforçando o vínculo entre a família e o paciente (CARRARA et al., 2015). A capacitação e a atualização constantes são importantes para se exercer um bom plano terapêutico (AMORIM et al., 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o advento da Reforma Psiquiátrica houve diversas mudanças no cenário da psiquiatria, porém a realidade brasileira é marcada por inúmeras diferenças sociais criando uma realidade de apoio diferente para cada usuário. Neste contexto para que ocorra de fato uma inclusão social é necessário que a sociedade seja capaz de abandonar o estigma de medo

e preconceito e que haja um maior comprometimento da família no processo de desinstitucionalização juntamente com a sociedade.

Apesar da constante evolução histórica da legislação brasileira no que diz respeito à reinserção social dos indivíduos portadores de transtornos mentais, evidencia-se que ainda é preciso buscar condições que reafirmem o direito ao respeito e a dignidade humana independente da condição socioeconômica dos pacientes por meio de uma revisão das políticas públicas para que seja possível viabilizar o processo de desinstitucionalização de forma eficiente e sem que haja prejuízo financeiro ao sistema.

A atuação do Estado ainda é bem falha no que diz respeito aos serviços que são ofertados, o que acaba contrariando até mesmo o que foi proposto pela Reforma Psiquiátrica. A redução abrupta dos leitos psiquiátricos sem nenhuma estratégia para a assistência que seria prestada pós-alta reflete grande parte desse problema, dificultando o processo de reabilitação dos usuários, fazendo com que muitas vezes se torne mais viável ao Estado a internação do que buscar meios para a reinserção social.

A enfermagem compreende em elemento fundamental para a otimização do tratamento ao portador de transtorno mental, uma vez que este é capacitado para criar um elo que se torna fundamental para auxiliar na capacidade de entender a angústia por parte dos familiares e dos seus pacientes. A educação continuada pode possibilitar uma melhor estratégia através do diálogo e articulações efetivas entre a equipe multiprofissional, priorizando um atendimento integral respeitando os princípios básicos do SUS.

Sabe-se que muito ainda tem que ser feito para superar as barreiras existentes para que se torne possível o exercício pleno da cidadania dessas pessoas, apesar do CAPS ter sido um grande avanço para a desinstitucionalização psiquiátrica é necessário que se tenha um certo cuidado para não torná-los a única forma de reinserção. O processo de reabilitação eficaz vai muito além do que apenas seguir as leis e portarias existentes, é necessário que se compreenda que além dos transtornos psíquicos existe um ser humano e por trás deste uma família fragilizada que merecem atenção e cuidados especializados para sua restituição.

5. REFERÊNCIAS

ALABORA, L. A. C. A. A. C.; DEMARCO, T. T.; DA SILVA, N. O. F. DA S. O. F. Transtorno mentais e inserção social. **Anuário Pesquisa E Extensão UNOESC Videira,**

2017. Disponível em: <<https://unoesc.emnuvens.com.br/apeuv/article/view/13816>>. Acesso em: 23 out. 2020.

ALMEIDA, Flávio; CEZAR, Adieliton. **As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental.** 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2020.

ALMEIDA, A. C. M. C. H. *et al.* **O impacto causado pela doença mental na família.** 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1647-21602011000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 17 out. 2020.

AMORIM, A.M.N.E. *et al.* Percepção do enfermeiro no cuidar ao doente mental: uma revisão de literatura. **Revista Multiprofissional em saúde do hospital São Marcos.** v. 1, n. 2, p. 53-62, 2013. ISSN 1723-8426.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo** Jan.-Jun. 2011, Vol. 12, No. 1, p. 66-78.

BONGIOVANNI, Julia; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Desafios da desinstitucionalização no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Psicol. Soc.,** Belo Horizonte, v. 31, 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Brasília, novembro de 2005. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 21 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em:

14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Art. 1º. 2000. Cria os Serviços Residências Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>>. Acesso em: 16 out. 2020.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 18, n. 2, junho 2013. ISSN 2176-9133.

CARRARA, G.L.R. *et al.* Assistência de enfermagem humanizada em saúde mental: uma revisão da literatura. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro SP, V. 8, n. 1, p. 86-107, 2015.

COSTA, A. *et al.* Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 7, p. 46-53, jun. 2012 .

COVELO, Bárbara Souza Rodriguez; BADARÓ-MOREIRA, Maria Inês. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1133-1144, dez. 2015.

FERREIRA, Gleyson Henrique Lima; BEZERRA, Beatriz Dantas Gomes. A “Reinserção” Social dos usuários (as) dos CAPS II do Município de Mossoró-Rn Sob a ótica das assistentes sociais. **Revista Includere**. Rio Grande do Norte, v. 3, n. 1, p. 51-62, 2017.

FERREIRA, J. T. *et al.* **Os centros de atenção psicossocial (CAPS):** Uma instituição de referência no atendimento à saúde mental. 2016. Disponível em: <<https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2020.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 441-449, Abril de 2019.

FURTADO, J. P. *et al.* Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 389-400, Junho de 2010.

GAINO, L. V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo*. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.

GRUSKA, Viktor; DIMENSTEIN, Magda. Reabilitação Psicossocial e Acompanhamento Terapêutico: equacionando a reinserção em saúde mental. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 101-122, julho/2015.

LACCHINI, A. J. B. *et al.* A Enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. **Revista Contexto & Saúde**, v. 11, n. 20, p. 565-568, 28 jun. 2013.

LEITÃO, A. S. *et al.* Vidas Esquecidas: Reforma Psiquiátrica, Dignidade e Desinstitucionalização. **Revista Jurídica**, [S.l.], v. 3, n. 52, p. 255-274, setembro/2018. ISSN 2316-753X.

LIMA, Vanessa Batista Oliveira; NETO, Joffre Do Rêgo Castello Branco. **Reforma psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: Resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais.** 2010. Disponível em: <https://www.uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PSIQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MAINARDE, D. C. *et al.* **Atendimento ao indivíduo com transtorno mental: Perspectiva de uma equipe da estratégia de saúde da família.** 2014. Disponível em <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9265>>. Acesso em: 19 out. 2020.

MESQUITA, J. F. *et al.* **Hospício não é moradia: um estudo a respeito dos serviços residenciais terapêuticos.** 2010. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2284>> Acesso em: 19 out. 2020.

NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; MANTOVANI, Gabriela dos Santos; DOMINGOS, Alessandra Matheus. Recursos, objetivos e diretrizes na estrutura de uma Rede de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 1, e20170864, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100157&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dezembro de 2020.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

PINI, Jéssica; WAIDMAN, Maria. **Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental***. 20/08/2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2020.

RAMOS, D. K. R. *et al.* **Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações.** 23/06/2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-748044>>. Acesso em: 17 out. 2020.

SANTOS, Pedro Antônio N. dos. **O Percorso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa.** 2015. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20OCASA.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 66-393, 2014.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 252-260, 12/2014.

SILVA, N. S. *et al.* AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL BRASILEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 280-288, 2012.

AS CONTRIBUIÇÕES DAS BRINCADEIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL

THE CONTRIBUTIONS OF PLAY TO THE DEVELOPMENT OF PSYCHOMOTRICITY IN CHILD EDUCATION

AQUINO, Emily Duarte¹; ALMEIDA, Thessillis dos Anjos²; SOUZA, Wagner dos Anjos³;
SOUZA, Luciane Silva de⁴; Carolina Machado Moreira, Clayton Roberto, Juliana Duarte
de Mendonça Castro; José Américo de Lacerda Júnior; Caroline winther Catharin, Byl
Farney Rodrigues da Cunha

RESUMO:

O presente trabalho possui como temática as contribuições das brincadeiras para o desenvolvimento da psicomotricidade na educação infantil. Deste modo, o objetivo foi compreender como as brincadeiras podem ser essenciais no desenvolvimento da psicomotricidade para as crianças das turmas da educação infantil. Ao realizar a pesquisa, notou-se que, antigamente, as crianças não possuíam direitos garantidos, o que envolve as brincadeiras. No entanto, com o passar dos anos, as crianças começaram a ser vistas com outros olhos e diversas leis passaram a assegurar o direito delas, envolvendo brincadeiras que se atrelam à psicomotricidade e promovem o desenvolvimento de diversas habilidades psicomotoras. Prova disso são as inúmeras leis utilizadas para a escrita desta pesquisa, tais como: a Constituição Federal (1988), a Base Nacional Comum Curricular (2018), o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). Deste modo, a pesquisa foi dividida em quatro partes: a primeira voltada para a história da educação infantil; a segunda, para a motricidade; a terceira discorre acerca das brincadeiras; e, por fim, a quarta aborda os resultados da pesquisa realizada. Deste modo, a pesquisa destina-se aos professores e pesquisadores da educação infantil, a fim de promover melhoras no processo de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Psicomotricidade. Educação Infantil. Brincadeiras.

ABSTRACT:

The present work has as its theme the contributions of games to the development of psychomotricity in early childhood education. In this way, the objective was to understand how games can be essential in the development of psychomotricity for children in early childhood education classes. When carrying out the research, it was noted that, in the past, children did not have guaranteed rights, which involves playing. However, over the years, children began to be seen with different eyes and several laws began to ensure their right, involving games that are linked to psychomotricity and promote the development of various psychomotor skills. Proof of this are the numerous laws used to write this research, such as: the Federal Constitution (1988), the National Curricular Common Base (2018), the Statute of Children and Adolescents (1990). Thus, the research was divided into four parts: the first focused on the history of early childhood education; the second, for motricity; the third talks about the games; and, finally, the fourth addresses the results of the research carried out. Thus, the research is intended for teachers and researchers of early childhood education, in order to promote improvements in the teaching-learning process.

Keywords: Psychomotricity. Childhood Education. Games.

¹ Emily Duarte Aquino. Curso de Pedagogia. E-mail: equin2@gmail.com.

² Thessillis dos Anjos Almeida. Curso de Pedagogia. E-mail: thessillisthess@gmail.com

³ Wagner dos Anjos Souza. Curso de Pedagogia. E-mail: winacinho@gmail.com

⁴ Luciane Silva de Souza. Professora orientadora. Doutora em Educação. Mestra em Letras e Linguística. Graduada em Pedagogia, pela Alfa/SP. Graduada em Letras, pela UFG. Graduada em Direito pela Fasam. Professora universitária desde 2003. E-mail: profalucianealunos@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por tema a educação infantil, mais especificamente, a atuação das brincadeiras no processo de aprendizagem das crianças. Haja vista que brincar permeia o cotidiano de muitas delas e que é previsto por lei, o problema de pesquisa foi construído embasado na pergunta: quais as contribuições das brincadeiras para o desenvolvimento da psicomotricidade na educação infantil?

Essa foi uma pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo e de tipologia básica, acrescida por uma pesquisa de campo, cujo objetivo geral foi enfatizar as contribuições das brincadeiras no desenvolvimento da motricidade das crianças. Já os objetivos específicos foram: discorrer sobre os direitos das crianças, apresentar documentos que regulamentam a educação infantil e enfatizar como o desenvolvimento motor influencia na aprendizagem infantil.

De modo geral, o texto aborda leis que especificam inúmeros direitos das crianças; a ciência que estuda o desenvolvimento motor atrelado ao psicológico e à motricidade; e brincadeiras na pesquisa de campo. O texto foi dividido em quatro tópicos: no primeiro, tratou-se da educação infantil; no segundo, da motricidade; no terceiro, das brincadeiras; e, por fim, no quarto e último, dos resultados da pesquisa realizada.

Essa pesquisa destinou-se a educadores que atuam na educação básica, estagiários da área pedagógica, pais que se interessem pelo assunto e para aqueles que têm curiosidade acerca destes aspectos. É justificada pelo teor de relevância: Brincar é aprender, logo é imprescindível para a criança. Não se trata apenas da ação em si, mas do conhecimento para o adulto.

Pretendeu-se, portanto, com este trabalho mostrar a importância das brincadeiras para o desenvolvimento da psicomotricidade das crianças na educação infantil. Para tanto, utilizou-se o seguinte referencial teórico: os documentos, Base Nacional Comum Curricular (2018), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), Constituição Federal (1988) e Estatuto da Criança e do Adolescente (1990); além dos autores: Bezerra, Coutinho da Silva, Bezerra & Feres (2014), Zilma Oliveira (2008), Débora Santos (2020), José Machado (2010), Marlene Silva (2010), Cacilda Velasco (1996) e Philippe Aries (1981).

2. EDUCAÇÃO INFANTIL

2.1. A perspectiva da criança no século X

No passado, a infância não foi compreendida. A criança era considerada um “adulto em miniatura” (BEZERRA, COUTINHO DA SILVA, BEZERRA, 2014, p. 126). Um espécime inferior, apenas um papel em branco a ser preenchido, com o passar do tempo, pelos adultos.

Esta inferioridade é comprovada pela nomenclatura atribuída: “etimologicamente, o termo „infância”, em latim *in-fans*, significa sem linguagem” (IDEM). Portanto, conota “não ter pensamento, não ter conhecimento e não ter racionalidade” (IBIDEM). Corroborando a isto, Ariès (1981, p. 36) aborda que “aquilo que nasce é chamado de *enfant* (criança), que quer dizer não falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras”.

Os estudos de Aries constataram que as pinturas do século X retratavam as crianças como adultos de baixa estatura. Referências bíblicas eram utilizadas com crianças, porém, não eram desenhadas. Elas apareciam com corpos já formados e delineados, mostrando a desvalorização da criança no imaginário popular da época. “Isso, sem dúvida, significa que os homens dos séculos X-XI não se detinham diante da imagem da infância que esta não tinha para eles interesse nem mesmo realidade” (ARIÈS, 1981, p. 52).

Considerando que a arte absorve os costumes, tradições e valores da época, pode-se afirmar que as crianças não eram vistas socialmente. Desse modo, “isso faz pensar também que, no domínio da vida real, e não mais apenas no de uma transposição estética; a infância era um período de transição, logo ultrapassado, e cuja lembrança também era logo perdida” (IBIDEM). Ou seja, era algo passageiro e sem valor algum.

2.2. Os direitos das Crianças

Atualmente, a criança é vista como um sujeito de direitos, entretanto, para chegar a este ponto, foram necessárias muitas décadas de pesquisa que promoveram a mudança da mentalidade e imaginário sociais. Isto abre espaço para reconhecimento da “infância como um momento do desenvolvimento humano, abrindo campo para vários estudos e orientações no cuidado e educação desse grupo etário - o universo infantil” (BEZERRA, COUTINHO DA SILVA, BEZERRA, 2014, p. 127). Para tanto, a Declaração Internacional dos Direitos da Criança, em 1959, e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, em 1990, foram imprescindíveis para legalização dos direitos infantis. Mais tarde, outros documentos e entidades surgiram para reafirmar os anteriores, como a Constituição Federal, de 1988, e a Organização das Nações Unidas - ONU, criada em 1945.

Estes previam ações fundamentais que devem ser garantidas a qualquer participante da sociedade, tal qual versa o ECA (BRASIL, 1990):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1990).

Destes direitos, surgiram outras vertentes, firmando, desse modo, outras leis importantes para manutenção do bem-estar das crianças.

Na área educacional, também há marcos legais na sistematização dos direitos da criança como também sua definição, a saber, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, a partir de 1996; as Diretrizes Curriculares para a Educação Infantil - DCNEI, em 2009, além do Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil – RCNEI; e a Base Nacional Comum Curricular - BNCC.

No que concerne à educação, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabelece que:

O dever do Estado com a Educação, será efetivamente mediante a garantia de: I – educação básica obrigatória e gratuita dos quatro aos dezessete anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria; II – progressiva universalização do ensino médio gratuito” [...] III – Educação Infantil, em creche e pré-escola, às crianças até cinco anos de idade; [...] (BRASIL, 1988).

Em outras palavras, a educação básica é obrigatória e deve ser assegurada pelo Estado.

De modo geral, todos os documentos mencionados anteriormente estabelecem que a criança e o adolescente têm direito à educação, “visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988). Sumariamente, a educação possui função cultural e social na formação dos sujeitos.

2.3. A base da Educação Infantil

A Educação Infantil é a primeira etapa da Educação Básica, tem o objetivo de desenvolver integralmente as crianças até 6 anos de idade em diversos aspectos, desde psicológico, físico, mental, social, entre outros. Ela é discernida como espaço de socialização,

partindo de intencionalidades educacionais em que a integração e socialização potencializem o desenvolvimento e a formação delas (BRASIL, 1996).

Por isso, esses ambientes devem oferecer às crianças oportunidades de contato com a cultura, valores sociais, padrões éticos e estéticos, constituintes do desenvolvimento humano, a fim de que as crianças ampliem seus conhecimentos. Elas devem ser entendidas como seres únicos, assim, as propostas pedagógicas devem ser de fato significativas para cada indivíduo que faz parte desse processo. Oliveira (2008, p 44) propõe que creches e pré-escolas busquem aproximar cultura, linguagem, cognição e afetividade como elementos constituintes do desenvolvimento humano.

É na infância a fase de se desenvolver, de interagir com o outro, se comunicar com o grupo em que está inserido, desenvolver aspectos físicos, motores, cognitivos e sociais. Partindo deste pressuposto, fica em evidência a contribuição que a iniciação à educação infantil tem. Todo este processo deve acontecer de maneira gradual e orgânica, enxergando cada indivíduo como um ser único e importante.

2.3.1. Base Nacional Comum Curricular da Educação

A BNCC propõe o que a criança deve aprender dentro de cada fase escolar. Na educação infantil, considera-se, primeiro, que os professores devem educar e cuidar, haja vista que essa criança sai do âmbito familiar para um lugar desconhecido. Então, ela deve ter alguma similaridade com o único ambiente em que costuma pertencer, que é um ambiente dos pais. Por isso, as ações objetivam associar-se com os cuidados dos responsáveis, “diversificando e consolidando novas aprendizagens”. (BRASIL, 2018, p. 36).

O primeiro dia de aula da criança para a escola marca o princípio “da socialização estruturada, da autonomia e da comunicação” (IDEM). Com o objetivo de obter isso, a criança possui o direito à convivência com diferentes pessoas e pluralidades; a brincar de diferentes formas, lugares e com pessoas; à participação ativa em toda e qualquer atividade proposta; à exploração do corpo, do lugar, diferentes meios e lugares; à participação ativa: a explorar o meio ambiente, a escola, os amigos, a si mesmo; à expressão de suas opiniões, sentimentos, vontades e a conhecer a si mesmo, o mundo e os outros (IDEM, p. 38).

Algo que não pode faltar dentro da educação dessa criança é a interação e a brincadeira. Esses são direitos essenciais que vão promover aprendizagem e são nomeados pela BNCC

como eixos estruturantes. Todos os direitos citados acima são embasados nestes eixos (IBIDEM, p. 37).

Há também os campos de experiência, que são saberes e conhecimentos apreendidos durante esse ciclo, nos quais, a criança deve aprender a construir significados diversos. No total, são cinco campos que, sumariamente, são mencionados como noções de: relacionamento inter e intrapessoal, movimentação do próprio corpo, formas de expressão, linguagem e espaço-tempo. Tudo isso deve ser aprendido de acordo com as faixas etárias de cada criança na educação infantil, acarretando a aprendizagem integral necessária para galgar a próxima fase (IBIDEM, p. 40).

Resumindo, a BNCC busca formar um:

ser que observa, questiona, levanta hipóteses, conclui, faz julgamentos e assimila valores e que constrói conhecimentos e se apropria do conhecimento sistematizado por meio da ação e nas interações com o mundo físico e social não deve resultar no confinamento dessas aprendizagens a um processo de desenvolvimento natural ou espontâneo. Ao contrário, impõe a necessidade de imprimir intencionalidade (BRASIL, 2018, p. 38).

O alvo deste documento citado, portanto, é a ideia de instruir, direcionar, regulamentar as aprendizagens que são consideradas essenciais e levar para as escolas a importância de promover uma educação que busque a prática da autonomia dos alunos sobre suas ações e pensamentos, concepção de valores, gestos e movimentos, cuidado pessoal e também com o próximo, tão logo, promover o incentivo de buscar a autonomia das crianças por meio de um trabalho bem planejado e estruturado partindo de intencionalidades bem definidas.

3. MOTRICIDADE

3.1. Os movimentos no cotidiano infantil

O movimento é o que anima todas as coisas. Historicamente, o homem caminhava errante pela Terra até encontrar recursos suficientes e partia quando estes acabavam a fim de sobreviver. O próprio corpo humano movimenta-se constantemente com o mesmo fim de sobrevivência: os olhos piscam, o oxigênio circula, o sangue corre pelo corpo. A Terra está em constante rotação, as águas descem até desembocar nos rios e, depois, nos mares. Enfim, tudo é movimento.

Se para o adulto o movimento é assim tão necessário, para a criança não poderia ser diferente; é ainda mais importante incentivá-la por ser o início do aprendizado. O movimento na vida infantil é desenvolvido pela brincadeira, a qual é tão prezada por inúmeras leis nacionais. Por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, em 1959, resguarda o direito ao ato de brincar (SANTOS, 2020); e, na educação, a Base Nacional Comum Curricular - BNCC aborda o movimento como um dos dois “eixos estruturantes das práticas pedagógicas”, sendo o outro, a interação (BRASIL, 2018, p. 37).

Já que interagir e brincar são tão imprescindíveis na infância, é responsabilidade da escola e da família agirem de forma permanente e igualitária para propiciarem isto à criança, é o primeiro passo dela, seja na creche ou na pré-escola, em direção à nova rotina e conhecimento de mundo. Por isso, reafirma-se que a participação dos pais é de extrema relevância para o desenvolvimento da criança, pois:

A interação durante o brincar caracteriza o cotidiano da infância, trazendo consigo muitas aprendizagens e potenciais para o desenvolvimento integral das crianças. Ao observar as interações a brincadeira entre as crianças e delas com os adultos, é possível identificar, por exemplo, a expressão dos afetos, a mediação das frustrações, a resolução de conflitos e a regulação das emoções (BRASIL, 2018, p. 37).

Durante a educação básica, a interação e o brincar são experiências construtivas e adquiridas a serem adicionadas ao próprio mundo infantil, reverberadas na adolescência e, por fim, na vida adulta. Pensando nisso, as brincadeiras das crianças refletem diretamente suas experiências vividas cotidianamente.

3.2. Conceito de Motricidade

A ciência que se debruça sobre esses movimentos infantis em forma de brincadeira é chamada de motricidade. Se procurada no dicionário etimológico, diversos serão os significados: força motriz, impulsão, células que comandam atividades musculares etc., entretanto, no fim, todas têm em comum o significado relacional ao movimento. Segundo Machado (2010, p. 22), essa palavra é de origem latina (*moto*) e quer dizer “mover-se”.

Motricidade é “a ciência que estuda o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Estuda as possibilidades de o homem perceber, atuar e agir com outro, com os objetivos e consigo mesmo” (IBIDEM).

3.3. Elementos da motricidade

A psicomotricidade abrange três aspectos do ser humano: o físico, o intelectual e o afetivo. Estes estimulam o desenvolvimento das funções psicomotoras que, quando organizadas, geram a apropriação de habilidades (COMO, 2020). As funções psicomotoras mostram a capacidade das crianças em relação a uma atividade ou habilidade.

Velasco (1996), ao abordar as funções psicomotoras e os elementos da motricidade, classifica três condutas: motores de base, que compreende o equilíbrio, coordenação ampla, respiração consciente e coordenação motora fina; neuro-motoras, que compreende esquema corporal, controle psicomotor e lateralidade; perceptivo-motora, que compreende orientação corporal, orientação espacial e orientação temporal (VELASCO, 1996, p. 27).

No equilíbrio, “a criança muda sua posição corporal da horizontal para a vertical” (VELASCO, 1996, p. 28); já a coordenação ampla ou global “é a ação simultânea de diferentes grupos musculares na execução de movimentos voluntários, amplos e relativamente complexos” (SILVA, 2010). A respiração consciente diz respeito à respiração que “oxigeniza seu organismo adequadamente” (VELASCO, 1996, p. 29). Já a coordenação fina, “é a capacidade de realizar movimentos coordenados e utilizando grupos musculares das extremidades” (SILVA, 2010).

No segundo grupo, o esquema corporal “é a consciência do próprio corpo, das suas partes e movimentos”, uma atividade que mostra a expressão corporal do indivíduo (COMO, 2020). O controle psicomotor é a “maturação orgânica e neurológica [...] além da integração motora da criança em relação ao meio ambiente” (VELASCO, 1996, p. 34). A lateralidade, segundo Silva (2010) é a “capacidade de vivenciar os movimentos utilizando-se para isso os dois lados do corpo”.

O terceiro grupo compreende a orientação corporal, em que a “criança primeiro sente, depois usa e só depois controla seu equipamento (o corpo)” (VELASCO, 1996, p. 36). A orientação espacial “se refere à orientação com relação ao mundo exterior e à consciência da relação do próprio corpo com o ambiente” (COMO, 2020). A orientação temporal “é a capacidade de se organizar no tempo e de conseguir avaliar suas ações e atividades em um ritmo (COMO, 2020).

3.4. Motricidade (ampla e fina) na Educação Infantil

A motricidade na educação Infantil está relacionada ao movimento, intelecto e afeto, ou seja, o psiquismo é interdependente da motricidade. Os dois andam atrelados. Portanto, culminam nas inúmeras habilidades que a criança desenvolve durante seu crescimento, práticas do seu dia a dia. Por isso, são tão importantes o estímulo e o envolvimento (dos e) por meio dos pais e responsáveis, tanto em casa quanto na escola.

Estudar o progresso motor implica observar as transformações da vida do indivíduo e o meio em que ele vive, pois esta “é uma ciência que pensa e analisa o ser humano através de suas relações e de que forma elas são favoráveis para um bom desenvolvimento humano nos seus aspectos afetivo, cognitivo e motor” (IDEM).

A coordenação motora é estabelecida como concentração de uma junção de habilidades de estruturas corporais. Dentro destas condições, para o progresso da coordenação motora, situa-se a experiência adquirida, a construção sensorial, capacidade intelectual e a antecipação. Essas habilidades se constroem muito antes do que outras.

Para chegar a uma coordenação motora fina, é necessária a construção da escrita, a criança precisa desenvolver a motricidade ampla, organizar seu corpo, ter experiências motoras que estruturam sua imagem e seu esquema corporal. Antes de aprender a matemática, o português, os ensinamentos formais, o corpo tem que estar organizado, com todos os elementos psicomotores estruturados. Uma criança que não consegue organizar seu corpo no tempo e no espaço, não conseguirá sentar-se numa cadeira, concentrar-se, segurar num lápis com firmeza e reproduzir num papel o que elaborou em pensamento (SILVA, 2010)

Ou seja, o primeiro espaço do saber é no âmbito familiar. Os aprendizados formais dependem do aprendizado simples e informal, extraído das brincadeiras e jogos durante a infância.

Nesta perspectiva, assegurar tempos e espaços propícios na educação infantil e ensino fundamental são necessários para que ocorra o brincar, realçando o comprometimento e a compreensão da peculiaridade da criança de ver e relacionar-se com o mundo.

4. BRINCADEIRAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

4.1. Brincadeiras na perspectiva de Velasco

Segundo Velasco (1996), desde quando está no útero, a criança começa a brincar. No decorrer de sua vida, passa por diferentes níveis de brincadeira: imitação, simbologia e regras.

No primeiro ano de vida, a criança brinca com seu corpo, descobrindo-o; no segundo, usa o imaginário e a fantasia; aos quatro, usa a simbologia; e, por fim, de sete a doze anos, começa a elaborar jogos de construção, aumenta a socialização e o rigor com as regras.

Nas primeiras civilizações, adultos e crianças participavam em conjunto das mesmas atividades, cada um com sua particularidade. Isso mudou com a era da industrialização, que trouxe consigo o conceito de individual, afastando os sujeitos mencionados anteriormente. Sabe-se, no entanto, que o ser humano não consegue viver sozinho, então, surge daí um problema: como as crianças podem ser individuais com suas famílias e viverem em grupo para desenvolverem-se?

Para resolver este impasse, criou-se a institucionalização. Isso tornou a brincadeira em um instrumento de aprendizagem, o que gerou outra dificuldade: a falta de espontaneidade na brincadeira (VELASCO, 1996).

Além disso, existem outros problemas decorrentes do avanço da sociedade: a falta de espaço físico, falta de segurança, redução do estímulo, por conta da tecnologia, a era do consumo que muda a relação da criança com o brinquedo. (VELASCO, 1996).

Velasco (1996) ainda ressalta que, atualmente, muitos são os direitos das crianças, entretanto, o que elas precisam é de políticas públicas eficazes para tornarem esses direitos uma realidade concreta.

Como direito de respirar, é tão natural, tão espontâneo, tão intrínseco à vida, que não precisa ser objeto de declarações, convenções ou leis. As pessoas simplesmente respiram e não há por que por isto numa lei. Analogamente, o brincar é tão espontâneo, tão natural, tão próprio da criança que não haveria como entender sua vida sem brinquedo (VELASCO, 1996, p. 44).

Para brincar, a criança necessita de tempo, espaços variados, acompanhantes, brinquedos seguros. Tudo isso deve ser levado em conta para o brincar saudável, pois

O que há de mais importante na expressão mais autêntica do brincar é o crescimento humano saudável. A criança que brinca, portanto, vive a sua infância, tornar-se á um adulto muito mais equilibrado física e emocionalmente, suportará muito melhor as pressões das responsabilidades adultas e terá maior criatividade para solucionar os problemas que lhe surgirem (VELASCO, 1996, P 43).

Diante do exposto, observa-se que, “a criança constrói sua personalidade brincando” (VELASCO, 1996, p. 69).

4.2. O Importante trabalho de brincar

A realização de brincadeiras e a utilização do lúdico é imprescindível para assimilação de novos conhecimentos que propiciam galgar novos espaços do saber. Mesmo brincadeiras simples que parecem não trazer bem nenhum são relevantes, “o brincar sempre terá um fundo de aprendizagem” (VELASCO, 1996, p. 42).

As brincadeiras agregam-se ao processo de experiência e à preparação para a idade adulta, as quais, além disso, suprem carências infantis específicas, a saber, brincar (BRASIL, 2018, p. 37). O ato da brincadeira é um momento histórico em que a criança se relaciona com outras crianças e adultos, desenvolvendo o lado interpessoal e intrapessoal.

Brincando, a criança desenvolve suas capacidades físicas, verbais e intelectuais. Quando a criança não brinca, ela deixa de estimular, e até mesmo desenvolver suas capacidades e natas e pode vir a ser um adulto inseguro, medroso e agressivo. Já quando brinca à vontade, tem maiores possibilidades de se tornar um adulto equilibrado, consciente, afetuoso (VELASCO, 1996, P 78).

Toda brincadeira, jogo e brinquedo tem seu espaço e sua importância. Todos eles geram como consequência o crescimento infantil físico, intelectual e afetivo.

O jogo e a brincadeira na infância estruturam-se no movimento. Este tem como funções: a exploração e a relação do corpo e dos objetos, os sentimentos e as emoções. A criança, dessa maneira, estabelece conceitos, interage com os objetos e as pessoas favorecendo a comunicação e a inteligência, daí o pensamento e a aprendizagem virem como resultado importante desse brincar (VELASCO, 1996, p. 78).

A educação infantil busca, portanto, propiciar tempos e espaços educativos que permitam a brincadeira saudável e incentivam a autonomia. Toda brincadeira proposta, então, possui caráter de aprendizado, que permite observar vantagens e desvantagens da criança em relação ao desenvolvimento dela. Por isso, é tão significativo o processo de envolvimento com as atividades lúdicas, as quais auxiliam a desenvolver o conhecimento e a construção de inúmeras habilidades.

5 TIPOS DE BRINCADEIRAS QUE PROMOVEM O DESENVOLVIMENTO DA PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Esta pesquisa foi realizada na Escola Luzes do Saber, situada na Rua Hipólito da Costa

Qd. 59, Lt. 04, nº 73, Bairro Capuava, Goiânia - GO, em turmas da educação infantil. Os pesquisadores aplicaram as brincadeiras, observaram e escreveram os resultados a fim de trazer para a prática os benefícios das brincadeiras realizadas na educação infantil.

São dispostos aqui 4 tipos de brincadeiras que podem trabalhar alguns aspectos da coordenação motora com as crianças. Duas delas trabalham o corpo especificamente, enquanto a outra metade trabalha o cognitivo, raciocínio lógico, coordenação motora fina e atenção. Para meios didáticos, elas são designadas com os números de 1 a 4, sendo, respectivamente: travessia, circuito, espelho e posicionar peças.

A brincadeira número 1 (imagem 1) é a travessia pelas pegadas. Basicamente, as pegadas de papel são colocadas no chão e os alunos devem segui-las.

Imagem 1 – Travessia das pegadas



Fonte: Autores (2022).

A brincadeira número 2 (imagem 2) é o circuito educativo, caracterizado por atividades lúdicas que auxiliam a desenvolver o domínio sobre o próprio corpo por meio da execução de diversos movimentos. É uma sequência de obstáculos que exige o controle do próprio corpo, permitindo à criança desenvolver o ato de subir, descer, passar por baixo ou por cima, rolar, se arrastar, andar de lado, dentre outras práticas. Essa trajetória amplia sua percepção, compreensão e atenção da imagem do seu próprio corpo, e também favorece novos desafios e autoconfiança.

Imagem 2 – Circuito



Fonte: Autores (2022).

Nas duas atividades relacionadas acima, é possível observar que essas brincadeiras proporcionam o desenvolvimento da atenção, pois as crianças devem ficar atentas ao que vem pela frente, se é um bambolê para pular ou cones para contornar, ou pegadas em lados contrários para pular; noção de lateralidade, as pegadas mudam de lado e direção.

O circuito trabalha conceitos de subir, descer, agachar ou pular; equilíbrio nas crianças, muito necessário para manterem-se ativas nas brincadeiras, além dos movimentos do corpo e a coordenação motora grossa, solicitando o uso da musculatura para correr, pular, subir, descer. Aperfeiçoa-se, também, principalmente, o esquema corporal, respiração, pois é preciso ter controle para correr; controle psicomotor, orientação corporal e orientação espacial. Tudo isso observa-se, desenvolvendo, em alguma medida, nessas brincadeiras.

Conforme pede a BNCC (BRASIL, 2018, p. 41),

Na Educação Infantil, o corpo das crianças ganha centralidade, pois ele é o partícipe privilegiado das práticas pedagógicas de cuidado físico, orientadas para a emancipação e a liberdade, e não para a submissão. Assim, a instituição escolar precisa promover oportunidades ricas para que as crianças possam, sempre animadas pelo espírito lúdico e na interação com seus pares, explorar e vivenciar um amplo repertório de movimentos, gestos, olhares, sons e mímicas com o corpo, para descobrir variados modos de ocupação e uso do espaço com o corpo.

As outras duas atividades envolvem aspectos cognitivos. A número 3 trata de espelhar o desenho disposto ao outro lado da linha utilizando palitos de picolé em diversos formatos.

Imagem 3 – Atividades coordenação motora fina



Fonte: Autores (2022).

Já na atividade número 4, as crianças devem posicionar pecinhas sobre a linha demarcada no chão, conforme registrado na imagem a seguir:

Imagem 4 – Atividades coordenação motora fina



Fonte: Autores (2022).

Essas duas últimas brincadeiras envolvem a atenção e o raciocínio lógico das crianças para a composição correta das peças. Além da simetria, na brincadeira de número 3, orientação espacial, o início do aprendizado das formas tridimensionais, a lateralidade, ao saber que se usa um determinado lado do corpo para encaixar as peças em um lado determinado, oposto ao que já está preenchido, trabalha também a motricidade fina ao despender músculos das mãos para

alinhar as peças na brincadeira de número 4.

Assim, a BNCC (BRASIL, 2018, p. 37) dispõe:

Os eixos estruturantes das práticas pedagógicas dessa etapa da Educação Básica são as interações e a brincadeira, experiências nas quais as crianças podem construir e apropriar-se de conhecimentos por meio de suas ações e interações com seus pares e com os adultos, o que possibilita aprendizagens, desenvolvimento e socialização.

Nota-se, então, que a BNCC atesta que esse tipo de atividade pode contribuir para o desenvolvimento dos alunos uma vez que se encaixam nos eixos estruturantes, proporcionam a interação entre as crianças, a aprendizagem e a diversão.

6. METODOLOGIA

A presente pesquisa de cunho qualitativo é apresentada com a expectativa de buscar sentidos e recuperar contextos sociais e culturais. Nestes, os estudos, discussões e as muitas expressões e manifestações humanas apresentam significados e podem compor as pesquisas que são realizadas, com o objetivo de marcar a compreensão de determinados estudos.

Nesse sentido, para Gamboa (2003, p. 7), a pesquisa qualitativa:

se refere à coleta e tratamento de informações sem uso de análise estatística, a instrumentos como entrevistas abertas, relatos, depoimentos, documentos que não fecha a interpretação num único sentido (paráfrase), mas, permite o jogo de sentidos (polissemia). Dessa forma, se torna necessária a elaboração, a posteriori, com base nos sentidos mais fortes e mais permanentes um quadro de conceitos ou categorias abertas que permitam a definição de um horizonte de interpretação. (GAMBOA, 2003, p. 7),

Sendo assim, a pesquisa aqui apresentada será sustentada por referencial teórico, realizada através da metodologia de pesquisa bibliográfica e de campo, para que se realize uma análise de um mesmo assunto através de múltiplos olhares. Nesse sentido, essa metodologia adotada é vista por Severino (2007, p. 188) como:

aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos e teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente já registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados (SEVERINO, 2007, p. 188).

Assim, visando uma melhor compreensão e abrangência sobre as contribuições das brincadeiras para o desenvolvimento da psicomotricidade na educação infantil, serão consultadas algumas fontes bibliográficas que sustentem as concepções apresentadas. Para Oliveira (1997), a pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao pesquisar acerca das contribuições das brincadeiras para o desenvolvimento da psicomotricidade na educação infantil, é necessário compreender que, no século X, a infância não foi compreendida e a criança era vista como um “adulto em miniatura” (BEZERRA, COUTINHO DA SILVA, BEZERRA, 2014, p. 126). Assim, nota-se que “os homens dos séculos X-XI não se detinham diante da imagem da infância, esta não tinha para eles interesse nem mesmo realidade” (ARIÈS, 1981, p. 52).

Assim, com o passar dos anos, os direitos das crianças começaram a ser garantidos através do ECA (1990), assegurando o

direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1990).

Como forma de garantir a educação de qualidade, surgiu a BNCC (2018) com a proposta do que a criança deve aprender dentro de cada fase escolar, buscando formar um

ser que observa, questiona, levanta hipóteses, conclui, faz julgamentos e assimila valores e que constrói conhecimentos e se apropria do conhecimento sistematizado por meio da ação e nas interações com o mundo físico e social” (BRASIL, 2018, p. 38).

Além disso, a BNCC trata acerca da brincadeira na educação infantil ao valorizar o movimento, que é desenvolvido pela brincadeira, sendo ela um dos “eixos estruturantes das práticas pedagógicas”, juntamente com a interação (BRASIL, 2018, p. 37).

Deste modo, a brincadeira promove o desenvolvimento da motricidade. Logo, a partir dela, a criança pode desenvolver “suas capacidades físicas, verbais e intelectuais, aumentando as possibilidades de se tornar um adulto equilibrado, consciente, afetuoso” (VELASCO, 1996, p. 78).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a pesquisa voltada para as contribuições das brincadeiras para o desenvolvimento da psicomotricidade na educação infantil, foi possível abordar o histórico da Educação Infantil a fim de compreender como a brincadeira é vista para crescimento das crianças.

O primeiro tópico abordou a perspectiva da criança no século X. Nele, foi possível perceber que ela era vista como “adulto em miniatura”, não possuía direitos assegurados, nem um ensino de qualidade, nem momentos de descontração, brincadeiras. etc. Deste modo, os direitos das crianças começaram a ser assegurados através da Declaração Internacional dos Direitos da Criança, em 1959, e o Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. Eles foram essenciais para promover às crianças a garantia de seus direitos de participantes da sociedade. A partir daí, foram surgindo outras leis.

Dentre essas leis, destaca-se a BNCC (2018), que apresenta uma normativa de como deve ser feito o ensino para cada idade, incluindo a Educação Infantil, a qual possui como um dos seus eixos estruturantes a brincadeira, temática desse trabalho.

No segundo tópico, abordou-se a motricidade, relacionando-a com as brincadeiras. Assim, notou-se que o movimento é o que anima todas as coisas e é essencial para as crianças, pois, é através dele, que elas começam a aprender. O movimento decorre da brincadeira e da interação entre os pares, que são essenciais na infância. Assim, a psicomotricidade promove às crianças o desenvolvimento do equilíbrio, coordenação ampla, respiração consciente, coordenação motora fina, controle psicomotor, lateralidade, orientação corporal, espacial e temporal. Deste modo, notou-se a importância das brincadeiras e como as elas podem desenvolver nas crianças novas habilidades e promover a aprendizagem de forma lúdica.

Foi apresentada, no terceiro tópico, a importância da brincadeira, uma vez que é nela que a criança desenvolve suas capacidades (físicas, verbais e intelectuais). Também foram apresentados quatro tipos de brincadeiras aplicadas na pesquisa em âmbito escolar, as quais foram realizadas com o intuito de observar essa importância e como acontece o desenvolvimento na etapa do brincar.

Conclui-se, então, que se faz necessário cuidar das crianças e expô-las à saúde física e mental advindas do brincar, uma vez que essa prática vem sendo corrompida por conta do trabalho infantil ou o uso excessivo do celular entre outras coisas.

Brincar é tão importante que é resguardado à criança e previsto por lei. A brincadeira é a ferramenta que estimula o desenvolvimento e aprendizagem da criança. Brincando, a criança aprende, por exemplo, a andar, correr, apostar corrida, fazer amigos, lidar com questões psicoemocionais. A brincadeira é o método aplicado para estudo da motricidade nas crianças, elas contribuem no crescimento pleno da criança, ela aprende coisas importantíssimas por meio da brincadeira e esta forma a base dos adultos da sociedade.

9. REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **A Construção Social da Criança e da Família**. Trad. Dora Flaksman. 2 ed. Rio de Janeiro: editora Guanabara, 1981. p. 36-39.

BEZERRA, Samuel Lins; COUTINHO DA SILVA, Maria de Fátima; BEZERRA, Zoraide; FERES, Terezinha. **A Compreensão da Infância como Construção Socio-histórica**. Ces Psicologia, vol. 7, n 2, jul-dez. 2014. P 126-137.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB 9.394/ 1996.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União. Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. 2018. P 02-55.

COMO é a **Avaliação de Funções Psicomotoras em Crianças?** 2020, Disponível em: <<https://institutoneurosaber.com.br/como-e-a-avaliacao-de-funcoes-psicomotoras-em-criancas/>>. Acesso em: 18/05/2022.

GAMBOA, S. **Pesquisa qualitativa: superando tecnicismos e superando tecnicismos e falsos dualismos falsos dualismos**. Revista Contrapontos - volume 3 - n. 3 - p. 393-405 - Itajaí, set./dez. 2003.

MACHADO, José Ricardo Martins. **Recriando a Psicomotricidade**. Rio de Janeiro: Sprint, 2010. P 22.

OLIVEIRA, Zilma Ramos de. **Educação Infantil: Fundamentos e Métodos**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 44.

SANTOS, Débora. O Direito de Brincar. Disponível em: < <https://www.ipabrasil.org/post/o-direito-de-brincar#:~:text=O%20direito%20ao%20brincar%20al%C3%A9m,esportes%20e%20divertir%2Dse%E2%80%9D>>. Acesso em: 14/04/2022

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Marlene. **Psicomotricidade**. Disponível em:
<<http://psicomotricidadeeducacao.blogspot.com/2010/?m=1>>. Acesso em: 10/04/2022.

VELASCO, Cacilda. **Brincar: o Despertar Psicomotor**. Rio de Janeiro: Sprint, 1996.



USO DE BENZODIAZEPÍNICOS PARA O CONTROLE DE ANSIEDADE NA ADOLESCÊNCIA

BENZODIAZEPINES FOR THE CONTROL OF ADOLESCENT ANXIETY

TATIANE SILVA GONÇALVES; THAINARA DE SOUZA CASTRO; THAYNÁ RODRIGUES DOS SANTOS; ANDREZA DA SILVA FIGUEREDO; IZAULETE DE OLIVEIRA; ADRIANA DE OLIVEIRA BARBOSA ; RICARDO DE ANDRADE KRATZ; LUCAS SILVA FONSECA; LUCAS DE OLIVEIRA ZUNIGA

RESUMO:

A ansiedade é um transtorno de saúde mental caracterizado por preocupação excessiva e alerta constante em relação a diferentes temas. Manifesta-se em sintomas físicos e psíquicos como inquietação, fadiga, insônia e tensão muscular. Na adolescência, esse transtorno é mais comum, por se tratar de uma fase da vida em que se desenvolve um conjunto de mudanças evolutivas na maturação física e biológica, ajustamento psicológico e social do indivíduo. O tratamento farmacológico para esse distúrbio baseia-se no uso de ansiolíticos, dentre os quais destacam-se os benzodiazepínicos, um grupo de substâncias que apresentam início de efeito rápido e têm servido como padrão de comparação para novas drogas. Diante do exposto, este trabalho objetiva descrever o uso de benzodiazepínicos para o controle de ansiedade. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa que utilizou artigos anexados às bases de dados *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além dos sites da Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde (MS). Na seção de resultados foram apresentados a fisiopatologia da ansiedade e fatores que predisõem os adolescentes a esse distúrbio. Além disso, o texto destaca os critérios para o diagnóstico precoce e acompanhamento dos distúrbios de ansiedade, bem como a associação de tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos. Por fim, foi apresentado o mecanismo de ação da classe dos benzodiazepínicos e a descrição de possíveis problemas relacionados a interações medicamentosas entre estes fármacos e outras substâncias.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade, Fatores desencadeantes, Ansiedade na adolescência, Ansiolíticos, Benzodiazepínicos.

ABSTRACT:

Anxiety is a mental health disorder characterized by excessive worry and constant alertness regarding different topics. It manifests in physical and mental symptoms such as restlessness, fatigue, insomnia and muscle tension. In adolescence this disorder is more common because it is a phase of life in which a set of evolutionary changes in the physical and biological maturation, psychological and social adjustment of the individual develops. The pharmacological treatment for this disorder is based on the use of anxiolytics, such as benzodiazepines, a group of substances that have a rapid onset of effect and have been used as a standard of comparison for new drugs. Given the above, this study aimed to describe the use of benzodiazepines to control anxiety. This is a narrative bibliographic review that used articles attached to the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Virtual Health Library (VHL) databases, in addition to the websites of the World Health Organization and the Ministry of Health (MS). The results section presents the pathophysiology of anxiety and factors that predispose adolescents to this disorder. In addition, the text highlights the criteria for early diagnosis and follow-up of anxiety disorders, as well as the association of pharmacological and non-pharmacological treatments. Finally, the mechanism of action of the benzodiazepine class and the description of possible problems related to drug interactions between these drugs and other substances were presented.

Keywords: *Anxiety disorder, Triggering Factors, Teen anxiety disorders, Anxiety drugs, Benzodiazepines.*

1. INTRODUÇÃO

A ansiedade é caracterizada por medo, apreensão, tensão ou desconforto, devido à antecipação de perigos e do desconhecido. É portanto, um conjunto de sentimentos derivados da dúvida de coisas que podem ou não acontecer a curto ou longo prazo. Esse quadro passa a ser considerado patológico quando é exagerado, de longa duração, e interfere na qualidade de vida do indivíduo (CASTILLO et al., 2000).

Sendo a ansiedade uma emoção ou reação cotidiana, há múltiplas situações que podem desencadeá-la, como por exemplo, esperar um amigo que o visitará, o medo de receber uma crítica, fazer um trabalho importante ou simplesmente o desejar fazer no futuro. A grande diferença é que, em indivíduos susceptíveis, mesmo esses acontecimentos corriqueiros são capazes de desencadear crises que interferem na realização de tarefas individuais ou no seu convívio social (PINTO et al., 2019).

Os transtornos de ansiedade têm atingido grande parte da população, de todas as faixas etárias, sendo mais frequente em adolescentes (indivíduos de 10 a 19 anos de idade, segundo a Organização Mundial de Saúde) (LOPES et al., 2016).

Entre os vários tipos de tratamentos que podem oferecer algum efeito satisfatório para diminuir os sintomas da ansiedade patológica, o mais indicado é a psicoterapia. Esse tratamento deve ser individualizado, para que o profissional avalie os sintomas e descubra quais as áreas precisam ser melhor trabalhadas. Dependendo da gravidade do transtorno, pode ser necessário associar a psicoterapia com tratamentos farmacológicos, evitando crises mais severas e a piora do quadro clínico (MULULO et al., 2009).

Além da psicoterapia ou intervenção farmacológica, existem métodos alternativos que, associados, podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida de indivíduos patologicamente ansiosos, como a acupuntura milenar e a prática de exercícios físicos (GALVÃO & ABUCHAIM et al., 2001).

O tratamento farmacológico mais indicado é o uso de ansiolíticos clássicos, como os benzodiazepínicos, que apresentam um início de efeito rápido e têm servido



como padrão de comparação para novas drogas. Outros fármacos utilizados incluem a buspirona (agonista de receptores da serotonina), antidepressivos, betabloqueadores e antipsicóticos (ANDREATINI et al., 2001).

Os benzodiazepínicos estão entre os fármacos mais prescritos e utilizados no mundo. São drogas de ação direta no Sistema Nervoso Central (SNC). Quando utilizados como monoterapia apresentam baixos riscos de intoxicação aguda, entretanto, quando usados de forma concomitante com outros medicamentos ou drogas, como álcool, tem sua toxicidade aumentada de forma considerável (OLIVEIRA et. al., 2009).

Diferentes estudos mostram que a prescrição de benzodiazepínicos é expressiva entre adolescentes com transtornos de ansiedade severa, insônia, epilepsia, espasmos musculares, síndrome de abstinência alcoólica, tratamento da esquizofrenia, dentre outras doenças que afetam o Sistema Nervoso Central (SOUZA et al, 2018).

O uso desses medicamentos deve ser avaliado levando em consideração os efeitos de sedação, alterações cognitivas, dependência e abstinência. Os critérios técnicos a serem considerados são a idade do paciente (quanto menor a idade, maior o cuidado na hora de prescrever), o tempo de uso de acordo com a necessidade do caso (o uso deve ser preferencialmente de curto prazo) e o quadro clínico do paciente (NORDON & HUBNER, 2009).

Na escolha do fármaco ideal, é preciso considerar ainda sua alta ou baixa potência, tempo de ação e interações medicamentosas. Deve-se dar preferência aqueles cujo mecanismo farmacocinético e efeitos adversos são mais conhecidos (BRASIL & FILHO, 2000).

Avalia-se que os efeitos adversos dos benzodiazepínicos são vistos com mais frequência quando a terapia se prolonga além de poucas semanas. Alguns dos eventos que podem ocorrer são sedação, sonolência, depressão respiratória, déficit cognitivo, dentre outros (SANTOS et. al., 2011).

Considerando as informações expostas, esta revisão tem por objetivo discutir os impactos do uso de benzodiazepínicos para o tratamento da ansiedade na adolescência, ressaltando os fatores desencadeantes, as faixas etárias afetadas e as opções farmacológicas disponíveis.



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar do uso de benzodiazepínicos para o tratamento da ansiedade na adolescência.

2.2 Objetivos Específicos

- Discutir a fisiopatologia do transtorno de ansiedade.
- Descrever os principais fatores desencadeantes da ansiedade na adolescência.
- Listar os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos disponíveis.
- Descrever o mecanismo de ação, interações medicamentosas e reações adversas relacionadas à classe dos benzodiazepínicos.

3. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica narrativa, escrita entre os meses de agosto e novembro de 2019, a partir de livros e artigos científicos publicados online e disponíveis em bases de dados como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), além dos sites da Organização Mundial de Saúde e Ministério da saúde (MS). Os descritores utilizados na busca por artigos foram: Transtornos de Ansiedade, fatores desencadeantes, ansiedade na adolescência, ansiolíticos e benzodiazepínicos. Em inglês, os termos de busca foram: *Anxiety disorder, Triggering Factors, Teen anxiety disorders, Anxiety drugs and Benzodiazepines*.

Foram selecionados artigos publicados entre 2000 e 2019, escritos em português ou inglês. Foram utilizados 29 artigos e, como critério de exclusão foram desconsiderados artigos duplicados, incompletos e que não estivessem disponíveis

de forma gratuita. Após leitura minuciosa desses capítulos e artigos, e reunidas todas as informações importantes, passou-se à fase de redação desse trabalho.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Fisiopatologia do transtorno de ansiedade

O transtorno de ansiedade é um dos distúrbios mentais mais prevalentes em crianças e adolescentes, ficando atrás apenas do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e do Transtorno de Conduta. Em geral, essas doenças levam os indivíduos a desenvolverem estratégias compensatórias para não ter contato com aquilo que lhes causa apreensão. Todavia, as sérias complicações de médio e longo prazo incluem a diminuição da autoestima e constante desinteresse pela vida (VIANNA et al., 2009).

Clinicamente, a ansiedade é definida como medo, apreensão, tensão ou desconforto, devido à antecipação de perigo e do desconhecido. Portanto, é um sentimento derivado da dúvida que mantém o organismo sob constante estresse (FAVA et al., 2009).

Existem vários tipos de transtornos de ansiedade, entre eles: o transtorno de ansiedade de separação (ansiedade exagerada em função do afastamento de casa ou dos pais), o transtorno de ansiedade generalizada (presença de preocupação intensa, prolongada, incontrolável e sem interrupção sobre diferentes aspectos da vida) e o transtorno de ansiedade social (medo acentuado e persistente de estranhos, evitando comunicação com essas pessoas) (VIANNA et al., 2009).

Do ponto de vista fisiopatológico, a ansiedade tem origem no desequilíbrio entre marcadores estimulantes e deprimores do Sistema Nervoso Central. Os principais neurotransmissores envolvidos são: serotonina, adrenalina, noradrenalina, dopamina, ácido gama-aminobutírico (GABA), glicina, glutamato, aspartato e acetilcolina (ACh) (SILVA, 2013, pp. 299-330).

Quanto às regiões anatômicas afetadas, estudos utilizando Ressonância Magnética identificaram a amígdala e o córtex pré-frontal dorso medial como as regiões cerebrais afetadas pelo transtorno de ansiedade generalizada. Nessas

regiões é possível observar um aumento da substância cinzenta e um decréscimo volumétrico do hipocampo. Estudos em cérebros de adolescentes demonstram também o aumento no giro temporal superior e diminuição no giro medial e superior frontal (GENEROSO, 2016).

4.2 Fatores que desencadeiam a ansiedade na adolescência

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta. Além das grandes mudanças físicas, o indivíduo enfrenta, muitas vezes, dificuldades de convívio e aceitação social, sentimentos de desajuste e falta de controle sobre seu corpo e sexualidade, o que colabora para o desenvolvimento de crises de ansiedade frequentes nesse período (BRITO et al., 2011)

Estudos recentes revelam ainda que o excesso de cortisol, um hormônio esteroide produzido pela glândula adrenal e secretado em maiores quantidades na presença de estresse físico ou psicológico (comuns na adolescência), resulta em aumento de atividade do sistema nervoso simpático e endócrino. Altos níveis dessa substância têm sido associados ao desencadeamento de transtornos e distúrbios psicológicos (NETO et al., 2018).

A rápida e precisa identificação desse distúrbio é essencial para o desenvolvimento do adolescente, evitando complicações como: depressão, isolamento social, envolvimento com o uso de entorpecentes e distúrbios sérios de comportamento e personalidade (BORGES et al., 2008).

Outra pesquisa sugeriu ainda que o consumo excessivo de cafeína (presente em bebidas classificadas como ‘energéticas’), comum entre adolescentes, pode aumentar a suscetibilidade a transtornos de ansiedade em decorrência da desregulação do sistema neuroendócrino de resposta ao estresse. Essa conclusão foi obtida após a análise dos efeitos da molécula sobre o cérebro de ratos adolescentes (O’NEILL et al., 2016).

Mundialmente, um grande número de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos perdem a vida nessa faixa etária devido a transtornos neuropsiquiátricos, uma vez que, em muitos casos essas alterações não são facilmente identificadas, em decorrência dos sintomas vagos. Estudos realizados no estado de São Paulo

mostram que os transtornos de ansiedade tem início, em média, aos 13 anos de idade (LOPES et al., 2016).

4.3 Diagnóstico e tratamentos disponíveis

Ao analisar um paciente aparentemente ansioso é necessário fazer uma clara diferenciação entre a ansiedade normal (habitual) e o estado de constante ansiedade, denominado transtorno de ansiedade. A ansiedade patológica (doentia) é uma resposta inadequada em relação ao estímulo dado, frequentemente de origem multifatorial (BRANDÃO et al., 2001).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 (2014, pp.190):, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria

No transtorno de ansiedade, o indivíduo é temeroso, ansioso ou se esquiva de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado. Estão inclusas situações sociais como encontrar-se com pessoas que não familiares, situações em que o indivíduo pode ser observado comendo ou bebendo e situações de desempenho diante de outras pessoas.

O diagnóstico do distúrbio, em qualquer faixa etária, deve ser feito por um médico especialista em saúde mental, preferencialmente um psiquiatra. Esse profissional vai tomar uma série de medidas para determinar se o caso é mesmo de transtorno de ansiedade generalizada ou se possui outra origem, baseando-se em critérios pré-definidos (TEGNAGO et al., 2017)

Segundo o DSM-5, critérios específicos para essa classificação incluem a observação de sintomas físicos e psíquicos, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Critérios do DSM-V para o reconhecimento do Transtorno de Ansiedade Generalizada

Ansiedade e preocupação excessivas, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses e relacionada a inúmeros eventos ou atividades (p.ex. trabalho e desempenho escolar).

A preocupação é difícil de controlar.

A ansiedade e a preocupação estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses):

inquietação ou sensação de estar no limite;

cansar-se facilmente;

dificuldade de concentração;

irritabilidade;

tensão muscular;

distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação sono não satisfatório).

D. Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras.

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Uma vez diagnosticado o transtorno de ansiedade, existem vários tipos de tratamentos disponíveis. Independentemente da escolha, o objetivo é sempre ajudar o paciente a encarar a vida cotidiana com mínimo sofrimento. O tratamento mais recomendado por médicos é a combinação de medicamentos e terapia cognitivo-comportamental (TCC) incluindo suporte, psicoeducação e psicoterapia. Essa mescla geralmente funciona melhor que uma técnica ou outra isoladamente. Todavia, é preciso considerar sempre as especificidades e gravidade de cada caso, antes de determinar a melhor forma de tratamento (ZUARDI et al., 2017).

A abordagem psicoterapêutica é o tratamento inicial para transtorno de ansiedade na adolescência e, sempre que possível, deve ser a primeira opção. Há diferentes modelos psicoterapêuticos, cada um com suas particularidades, proposta e tempo de ação. A terapia cognitivo-comportamental ajuda o paciente a compreender suas reações e controlá-las. Durante as sessões de terapia e, com intervenção familiar, o indivíduo pode compreender e controlar visões distorcidas das supostas fontes de estresse da vida, reconhecer e substituir os pensamentos que lhe causam pânico e sentimento de impotência e gerenciar melhor seus pensamentos.



associação de exercícios físicos regulares, boa alimentação e descanso suficiente pode diminuir consideravelmente os sintomas (ZAMIGNANI & BANACO, 2005).

Já o tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade na adolescência inclui primariamente o uso de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos. Entre os ansiolíticos do tipo benzodiazepínicos estão o Diazepam: Valium[®], Alprazolam: Frontal[®], Bromazepam: Lexota[®], Clonazepam: Rivotril[®] e o Cloxazolam: Olcadil[®]. Entre os antidepressivos e antipsicóticos destacam-se a Buspirona: Ansitec[®] e a Fluoxetina: Prozac[®], a Clozapina: Leponex[®], Olanzapina: Zyprexa[®], Risperidona: Risperdal[®] e Quetiapina: Seroquel[®].

Betabloqueadores (Atenolol: Atenol[®], Propranolol: Inderal[®]), anti-histamínicos (Hidroxizina: Hixizine[®]) e anticonvulsivantes (Ácido valproico: Depakene[®], Gabapentina: Neurontin[®], Carbamazepina: Tegretol[®], Topiramato: Topamax[®] e Lamotrigina: Lamictal[®]) são geralmente utilizados como potencializadores e coadjuvantes no tratamento (SANTOS et al., 2013).

Os psicofármacos são utilizados quando não é possível tentar psicoterapia inicialmente, quando não há resposta à abordagem psicoterápica isolada ou quando há sintomas graves e/ou presença de comorbidades psiquiátricas, como transtorno depressivo e risco de suicídio (ANDREATINI et al., 2001).

4.4 Benzodiazepínicos: Indicações terapêuticas, mecanismo de ação e características farmacológicas

Os benzodiazepínicos são uma classe de fármacos ansiolíticos comercializados desde a década de 1960, quando foi sintetizado por acidente seu primeiro representante, o clordiazepóxido, nos laboratórios Hoffman-La Roche. Após a descoberta de sua atividade farmacológica em uma triagem de rotina, esses medicamentos tornaram-se os mais prescritos para o tratamento de transtorno ansiedade e sedação em todo o mundo, conforme tabela 1 (RANG, DALE et al., 2011, p. 533).



Tabela 1. Indicações para uso de benzodiazepínicos em distúrbios neurológicos (ADAPTADA)

Composto e nome comercial	Vias de administração	Indicação	Observações gerais
Alprazolam (Frontal)	Oral	Transtornos de ansiedade, agorafobia (prescrito para adolescentes)	Sintomas de abstinência podem ser graves
Clordiazepóxido (Psicosedin)	Oral, IM, IV	Transtornos de ansiedade, abstinência alcoólica, pré-anestésico	Ação lenta e retirada gradual (metabólitos ativos)
Clonazepam (Rivotril)	Oral	Crises epiléticas, convulsões e espasmos infantis (Síndrome de West)	Tolerância aos efeitos anticonvulsivantes
Clorazepato (Tranxilene)	Oral	Convulsões e transtornos de ansiedade	Pró-fármaco, sofre efeito de primeira passagem (nordazepam)
Diazepam (Valium)	Oral, IM, IV, retal	Transtornos de ansiedade, convulsões, relaxante muscular esquelético, pré-anestésico (prescrito para adolescentes)	Benzodiazepínico prototípico
Estazolam (Noctal)	Oral	Insônia	Efeitos adversos semelhantes ao triazolam
Flurazepam (Flurazepam)	Oral	Insônia	Metabólitos ativos, acumulam com uso a longo prazo
Lorazepam (Lorazefast)	Oral, IM, IV	Pré-anestésico, transtornos de ansiedade (prescrito para adolescentes)	Metabolizado por conjugação
Midazolam (Dormonid)	IV,IM	Pré-anestésico, intraoperatório	Rapidamente inativado
Oxazepam (Oxasedanium)	Oral	Transtornos de ansiedade	Metabolizado por conjugação
Quazepam (Doral)	Oral	Insônia	Acúmulo de metabólitos ativos devido ao uso prolongado
Temazepam (Restoril)	Oral	Insônia	Metabolizado principalmente por conjugação
Triazolam (Alcion)	Oral	Insônia	Rapidamente, pode causar efeitos colaterais inoportunos diurno

*IV=intravenoso, IM=intramuscular

Fonte: Manual de Farmacologia e Terapêutica/ LAURENCE L. BRUNTON, p. 268, 11º edição.

Essas substâncias reequilibram a ansiedade patológica ao interagir com porções específicas dos receptores GABA_A, aumentando a eficácia da abertura do canais clorosselativos pelo GABA, incrementando a frequência sem afetar o tempo médio de abertura ou a condutância do canal (figura 1).

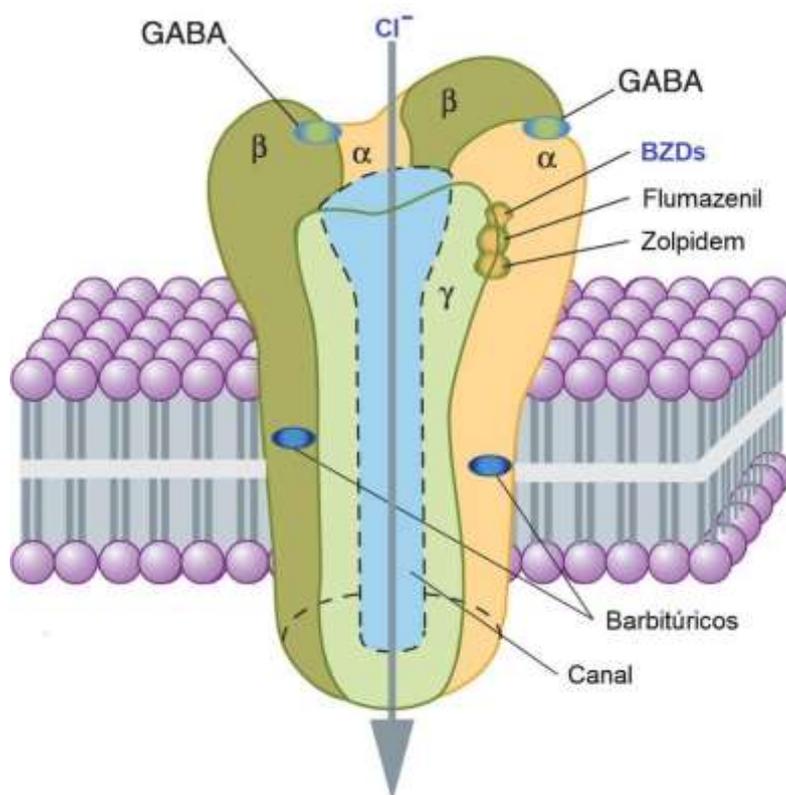


Figura 1. Sítio de interação de fármacos benzodiazepínicos nos receptores GABA Fonte:
Trevor AJ, Katzung BG, & Masters SB: McGraw-Hill, 2012.

Essa resposta depende porem da concentração de GABA no local, sítios de ação onde há saturação desse neurotransmissor a pouca expressam dos benzodiazepínicos, em regiões com sinapses expostas a baixos níveis de GABA são afetadas por eles (SILVA, 2013, pp. 299-330).

Os principais resultados farmacológicos desse mecanismo de ação é a depressão do sistema nervoso central, resultando na redução da ansiedade e agressividade, indução do sono, sedação, efeito anticonvulsivante, redução dos tónus muscular e da coordenação e amnésia anterógrada (RANG; DALE, 2011, pp. 533- 534).



Os benzodiazepínicos vêm sendo melhor avaliados desde a década de 70, devido aos efeitos colaterais causados, que incluem a dependência como consequência do uso a longo prazo, o que motivou uma rígida política de contenção do uso. O uso prolongado pode causar também reações como sonolência diurna, perda de memória, de função cognitiva, pesadelos, taquicardia, alucinações, hostilidade, alteração de comportamento, desequilíbrio e perda da eficácia (NORDON & HUBNER, 2009).

Essa classe possui propriedades de interação com alguns grupos de medicamentos, como os anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, anticoagulantes orais e antiulcerogênicos. Esses fatores citados demonstram a necessidade de ter um cuidado maior na hora de optar pelo uso e um acompanhamento constante de seus pacientes, levando em consideração o quadro clínico e os sintomas apresentados (VIEL et al., 2014).

5. CONCLUSÃO

Os adolescentes são mais predispostos a sofrerem de ansiedade pelas diversas mudanças físicas, hormonais (excesso de cortisol e demais hormônios da puberdade liberados pelo estresse frequente), sociais (constante busca da aceitação pelo grupo) e alimentares (ingestão excessiva de alimentos que contenham estimulantes) pelas quais passam nessa fase da vida.

O transtorno de ansiedade nesse grupo se manifesta como medo, apreensão, tensão ou desconforto, devido a antecipação de perigo e do desconhecido. Identifica-se a ansiedade patológica pela observação dos sintomas físicos e psíquicos. Quanto mais rápida a identificação e início do tratamento, melhores são as chances de controlar e evitar o desenvolvimento de transtornos mais graves.

Entre os fármacos ansiolíticos utilizados no tratamento, destacam-se os benzodiazepínicos. Estes tratam a ansiedade sobressalente ao interagir com porções específicas dos receptores GABA, aumentando a eficácia da abertura de canais clorosselativos quando há a ligação do neurotransmissor. Eles são indicados pela baixa toxicidade, embora seu uso a longo prazo não seja recomendado por causar



dependência ou tolerância. Outras classes de medicamentos prescritas são: agonistas de receptores de serotonina, antidepressivos, betabloqueadores e antipsicóticos.

É válido enfatizar ainda que não foram encontrados na literatura consultada relatos de diferenças significativas na atuação dos benzodiazepínicos em adultos ou adolescentes. Independentemente da idade, o tratamento com esses medicamentos deve ser curto devido as reações adversas (disfunção cognitiva e dependência). Conclui-se ainda que o tratamento medicamentoso isolado não é a primeira escolha, sendo a terapia cognitivo-comportamental o procedimento inicial adequado. A terapia pode ainda ser associada a prática de exercícios físicos regulares, boa alimentação e descanso suficiente.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREATINI, R. , LACERDA, B. R. , FILHO, D. Z. **Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras**. Revista brasileira de Psiquiatria, 23 (4), 233-242, 2001. Acesso em 19 de setembro de 2019.

BORGES, A. I. ; MANSO, D. S. ; TOME, G. e MATOS, M. G. **Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e gênero**. Aná. Psicológica [online], vol.26, n.4, p.551-561, 2008. ISSN 0870-8231. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n4/v26n4a02.pdf>> Acesso em 29 de setembro de 2019.

BRANDÃO, M. L. . **Psicofisiologia - as bases fisiológicas do comportamento**. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2001.

BRASIL, H. H. A.; FILHO, B. J. F. **Psicofarmacoterapia**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, n. 2, 2000.

BRITO, I. **Ansiedade e depressão na adolescência**. Rev Port Clin Geral [online], 2011. vol.27, n.2, pp.208-214, 2011. ISSN 0870-7103.



CASTILLO, A. R. et al. **Transtornos de Ansiedade**, Rev. Bras. Psiquiatr. vol.22, s.2, São Paulo. Dec. 2000. ISSN 1516-4446 On- line versão ISSN 1809-452X. Disponível

em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006>. Acesso em: 02 setembro de 2019.

COELHO, F. M. S.; ELIAS, R. M.; PERINI, E.; MAGALÃES, S. M. S. **Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil**. Caderno de saúde pública, v 27, n.6, p.1223-1232, rio de janeiro, 2011. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423765004>>. Acesso em 25 de setembro de 2019

FAVA, D. C.; HAAG, K. C.; VIEIRA, M. W.; BIZARRO, A. L.; **Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de viés de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada**. Paidéia, vol. 19, n. 43, agosto de 2009, p. 159-165, Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, Brasil.

FILHO, O. C. S.; SILVA, M. P. **Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria**. Adolesc. Saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 10, s. 3, p. 31-41, 2013.

GALVÃO, A. L.; ABUCHAIM, C. M. **Transtornos mentais na adolescência**. ABC da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?424>>. Acesso em 24 outubro de 2019.

GENEROSO M. B. **Ansiedade Generalizada**. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.fcmsantacasasp.edu.br/wp-content/uploads/dissertacoes-e-teses/2016-2017/2016%20-%20Marcelo%20Bruno%20Generoso.pdf>> Acesso em 16 de outubro de 2019.

GOODMAN & GILMAN. **Manual de farmacologia e terapêutica** / Laurence L. Brunton...[et al.]. Porto Alegre: AMGH, 2010.

LOPES, C. S.; ABREU, G. A.; SANTOS, D. F.; MENEZES, P. R.; CARVALHO, K. M. B.; CUNHA, C. F.; et al. **ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros**. Revista Saúde Pública, 2016; 50 (supl 1):14s.

MULULO, S.; MENEZES, G.; FONTENELLE, L.; VERSIANI, M. **Cognitive behavioral-therapies, cognitive therapies and behavioral strategies for the**



treatment of social anxiety disorder, 2009. Archives of Clinical Psychiatry, 36(6), 221-228. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000600002>< Acesso em 02 de setembro de 2019.

NETO, L. M.; VASCONCELOS, F. M.; SILVA, J. E.; PINTO, T. SOUGEY É. B., XIMENES R. C. **Differences in cortisol concentrations in adolescents with eating disorders: a systematic review**. J Pediatr (Rio J). 2018;95:18-26>acesso em 20 de outubro de 2019.

NORDON, D. G.; HUBNER, C. V. K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais**. et al., 2009. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

O'NEILL, C. E. et al. **Adolescent caffeine consumption increases adulthood anxiety-related behavior and modifies neuroendocrine signaling**. Psychoneuroendocrinology, v. 67, p. 40-50, 2016. Disponível em<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453016300294>>Acesso em 12 de novembro de 2019.

OLIVEIRA, V. M. **Dependencia a benzodiazepinas e un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral**. rev chel. Neuro-psiquiatr. [online]. 2009, vol.47, n.2, pp. 132-137. Disponível em:<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000200005>. Acesso em 12 de outubro 2019.

PINTO, B. B. et al. **Diagnóstico precoce através das alterações fisiológicas na ansiedade: um estudo reflexivo**. Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, [S.l.], v. 4, n. 2, jun. 2019. ISSN 2448-1203. Disponível em:<<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/376>>. Acesso em: 02 setembro. 2019.

RANG, H. P.; DALE, M.; RITER, J. M.; FLOWER, R. J. Rang & Dale. **Farmacologia**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SANTOS, L. F.; OSORIO, F. L.; LOUREIRO, S. R.; HALLAK, J. E. C.; CRIPPA, J. A. **S. Tratamentos farmacológicos para o transtorno de ansiedade social: existem novos parâmetros na atualidade**. Rev. Psiq. Clin. 2011. Disponível em <<https://www.periodicos.usp.br>>. Acesso em 03 de setembro de 2019.

SILVA, P.; **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. ISSN978-85-277-1593-5



SOUZA, G. F.; ABREU, C. R. C.; SANTOS, W. L. **Uso de psicofármacos em crianças e adolescentes.** Revista iniciação Científica Ext. 2018; 1 (Esp.2): 250-5 >acesso em 2 de setembro de 2019.

TEGNAGO, M. B.; BURIGO, L. M.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. **Telecondutas-transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo.** [online] 2017. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf> Acesso em 29 de novembro de 2019.

VIANNA, R. R. A. B.; CAMPOS, A. A. e LANDEIRA-FERNANDEZ, J. **Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão.** Rev. bras. ter. cogn. [online]. 2009, vol.5, n.1, p. 46-61. ISSN 1808-5687.

VIEL, A. M.; RIBEIRO-PAES, J. T.; STESSUK, T.; SANTOS, L. **Interações medicamentosas potenciais com benzodiazepínicos em prescrições médicas de pacientes hospitalizados.** Rev Ciênc Farm Básica Apl., v. 35, n. 4, pp. 589-96, 2014.

ZAMIGNANI, D. R.; BANACO, R. A.; . **Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade.** Rev. bras. ter. comport. cogn. [online]. 2005, vol.7, n.1, p. 77-92. ISSN 1517-5545

ZUARDI, A. W. **Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada.** Medicina (Ribeirão Preto, Online.) 2017. Disponível em: <<https://studylibpt.com/doc/3049674/caracter%C3%ADsticas-b%C3%A1sicas-do-transtorno-de---revista-medicina>>. Acesso em 02 de novembro de 2019.