

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Silvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

REPERCUSSÕES SOCIAIS EM PESQUISA

Coleção Ciência e Desenvolvimento
31

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI

10.29327/5152817

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

Daniel Facciolo Pires

Marinês Santana Justo Smith

Sílvia Regina Viel

Welton Roberto Silva (Orgs.)

Repercussões sociais em pesquisa.

ISBN 978-65-88771-40-2

**FRANCA
Uni-FACEF
2022**

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Profª. Drª. Marinês Santana Justo Smith

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Profª. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facury

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Maria Eloísa de Sousa Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Profª Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DO DEPARTAMENTO DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Sívio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Emerson Rasesa (UFU)
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Lélio Luiz de Oliveira (USP)
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sívio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Welton Roberto Silva
Leonardo Carloni Rodrigues Meira
Alba Valéria Penteado
Lucas Antônio Santos

© 2022 dos autores

Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 31.

O51g	Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.) Repercussões sociais em pesquisa. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2022. 91 p.; il.
	ISBN Coleção 978-85-5453-017-4 ISBN Volume DOI 10.29327/5152817
	1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica. 3.Pesquisa. 4.Metodologia. I.T.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

É com alegria que recebi o convite para prefaciar um dos nove volumes de artigos resultantes de pesquisas de Iniciação Científica apresentados durante o XVI Fórum de Estudos Multidisciplinares e XVI Congresso de Iniciação Científica, promovidos pelo Uni-FACEF, em maio de 2022, sobre a temática do “Social” que afeta cada e todas as pessoas do universo.

O leitor encontrará aqui reflexões de jovens pesquisadores de três importantes instituições de ensino superior de Franca-São Paulo: o Uni-FACEF; a Unifran e a UNESP.

O Congresso revelou grande preocupação com a pessoa idosa – a proteção social do idoso revelou “desproteção” e mostrou que o idoso negro, a mulher idosa foram os grandes atingidos pela pandemia da Covid-19. Os jovens pesquisadores da medicina fizeram propostas de Avaliação Geriátrica Ampla-AGA, para melhoria do processo de cuidado da pessoa idosa. A beleza do Congresso está na multivisão e há proposta de jovens pesquisadores para o preparo do idoso para essa fase da vida mediante o planejamento financeiro. E, quanto à saúde mental e o conceito de morte e de luto para essa fase da vida, um dos caminhos da pesquisa indicou a análise e o conhecimento do contexto psicossociocultural vivido pela pessoa idosa.

Sobre a mulher, os artigos foram ricos em observá-la sobre o ponto de vista da violência que sofre em virtude de relações de poder e a consequente necessidade de políticas públicas protetoras, defendidas pelo Serviço Social. Sobre seus direitos, os jovens pesquisadores do Direito trouxeram o instituto do “Habeas Corpus 124306”, que trata do espinhoso tema do aborto.

As crianças e os adolescentes aparecem nos trabalhos dos jovens pesquisadores como questão social a ser enfrentada do ponto de vista da violência sexual que sofrem e que foi agravada com a pandemia Covid-19, com políticas públicas vigorosas. E, sobre os infratores menores as pesquisas revelam a necessidade de aprimoramento do sistema de medidas protetivas à evitar reincidências.

O jovem pesquisador, ao apresentar o seu trabalho com pessoas com deficiência, propõe medidas para além do paradigma social e que se inclua o modelo dos direitos humanos.

A fome e a pobreza mobilizaram o pesquisador iniciante à reflexão do assunto à luz do modo como se produz e reproduz capitais na sociedade.

A saúde mental, além de refletida sob o ponto de vista da pessoa idosa, foi tema de pesquisa em profissionais da Enfermagem, mostrando certo grau de comprometimento mental em razão do exercício profissional, apontando necessidade de locais mais harmoniosos de trabalho.

Sobre a diversidade, a pesquisa mostra o trabalho do Assistente Social em assegurar o cumprimento de políticas públicas e a transfobia, ressaltando que no

Brasil apenas 3% dos presídios estão com alas especiais para o acolhimento seguro das pessoas transexuais.

Ao registrar essas reflexões multidisciplinares em forma de E-book, o Uni-FACEF cumpre seu papel de criador e difusor do conhecimento. Além disso, mostra a transparência das relações no Ensino Superior entre professores e estudantes quando se debruçam sobre questões sociais importantes.

Parabenizo o Uni-FACEF, por promover um Encontro contínuo entre iniciantes e experimentados pesquisadores. Ao leitor, a certeza de possibilidade de renovação de ideias e esperança em um futuro melhor.

Profª Drª. Edna Maria Campanhol
Professora
Uni-FACEF - Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA DO PACIENTE IDOSO: relato de experiência	8
HABEAS CORPUS 124.306/RJ: complemento ou desafio a norma penal permissiva?	20
NOVA PROPOSTA DE PARADIGMA PROTETIVO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: a emergência do modelo de direitos humanos	41
O ENVELHECIMENTO E SUAS DEMANDAS: COMO SE PREPARAR PARA ESSA FASE DA VIDA	52
SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: um olhar crítico assistencial	62
SAÚDE MENTAL: como o conceito de morte impacta e influencia a vida dos idosos	79
ÍNDICE	90

AValiação Geriátrica Ampla do Paciente Idoso: relato de experiência

Área Temática: Saúde Coletiva/Atenção Básica

Roberta de Souza Oliveira
Uni-FACEF
Graduanda em Medicina
robertadesoliveira@outlook.com

Thalita Ferrari dos Santos
Uni-FACEF
Graduanda em Medicina
thalitafds@outlook.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Docente do Uni-FACEF
Mestra em Tecnologia e Inovação
em Saúde e Enfermagem
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Por definição, idoso é a pessoa com mais de 60 anos, segundo o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), o qual assegura os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana dessa população, dentre eles a saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) (3).

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (3).

Desse modo, é importante entender que a pessoa idosa apresenta uma somatória de sinais e sintomas decorrentes de várias doenças concomitantes. Nesse contexto, fica evidente que a avaliação do idoso precisa ser ampla e com ênfase nos problemas mais frequentemente associados a essa população e, para isso, existem vários instrumentos que colaboram com a equipe de saúde, como a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) (4).

A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida (4).

A AGA é um meio de acompanhamento longitudinal do paciente idoso com abordagem interdisciplinar e multidimensional. É um instrumento dividido em diversas áreas a serem avaliadas, facilitando a identificação de problemas. São elas: funcionalidade/autonomia, cognição, humor/estado emocional, socioeconômico/risco social, estado nutricional, polifarmácia, comorbidades (5).

A finalidade da aplicação é traçar uma estratégia de tratamento e acompanhamento a longo prazo, principalmente de casos mais complexos que necessitam uma abordagem multifatorial. O principal objetivo é determinar as deficiências, incapacidades e desvantagens apresentadas pelo idoso para o desenvolvimento de um planejamento individual do cuidado. Além disso, as doenças nas pessoas idosas tendem a ter uma apresentação atípica, sendo necessário um diagnóstico diferencial mais acurado (4, 5, 6).

A AGA não é uma avaliação isolada, e sempre deve resultar em uma intervenção, seja ela de reabilitação, de aconselhamento, seja de indicação de internação em hospital, ou instituição de longa permanência (2).

A diferença da AGA com o exame clínico padrão é o destaque dado à avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida baseada na aplicação de escalas e testes quantitativos que revelam a realidade do paciente geriátrico de forma fidedigna. Na área de autonomia e independência é avaliada a capacidade do idoso em executar as atividades básicas da vida diária (ABVD), como se alimentar, se banhar, se vestir, ir ao banheiro, entre outras e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, fazer compras e assim por diante (4, 6).

A Escala de Katz faz a avaliação funcional das ABVD e engloba as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si própria de forma independente, a incapacidade de realizá-las indica alto grau de dependência, por isso, o resultado determina as intervenções de reabilitação necessárias. (4) (6)

A Escala de Lawton é outro instrumento que avalia as AIVD, mais complexas que as atividades básicas, e está relacionada com a capacidade de vida comunitária independente que torna os idosos mais autoconfiantes e sociáveis (4, 6).

A função cognitiva faz parte da AGA pois auxilia na identificação de alterações na saúde mental do idoso que constitui um dos maiores problemas nessa população, pois as integridades físicas e sociais dependem dela e a perda cognitiva resulta em dependência que sobrecarrega familiares e cuidadores. Existem vários testes para avaliar a função mental e o mais utilizado é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) por ser rápido e de fácil aplicação. É um instrumento de triagem que avalia, de maneira superficial, vários domínios (orientação temporal e espacial, memória, cálculo, linguagem, repetição, compreensão, escrita) (4, 6).

A avaliação do estado emocional da população geriátrica é de extrema importância, pois é uma fase da vida caracterizada por diversas perdas físicas, de familiares e cônjuge e de habilidades, o que pode acarretar o desenvolvimento de depressão, um dos transtornos psiquiátricos mais comuns na geriatria (4).

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, dependendo fundamentalmente do instrumento utilizado, dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. As mulheres apresentam prevalências maiores que os homens na proporção de 2:1. Pessoas idosas doentes ou institucionalizadas também apresentam prevalências maiores (4).

Diante desse contexto, é necessária a pesquisa de depressão em todos os pacientes idosos e um dos instrumentos mais utilizados é a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, um questionário com respostas de “sim ou não” sobre como o idoso tem se sentido na última semana, é uma ferramenta de rápida e fácil aplicação, tornando-se muito útil (6).

A falta de suporte e de adequação do idoso à vida familiar e social é um dos fatores que contribuem negativamente em sua condição física e estado funcional, com consequentes complicações no seu tratamento. Por isso, cabe à equipe de saúde avaliar o estado do paciente idoso e de seus familiares em relação ao socioeconômico e riscos sociais aos quais ele se enquadra. Algumas questões geralmente são levantadas: “o idoso se sente satisfeito com a vida? Se sente amparado pela família?” “Há conflitos entre os familiares?” “As opiniões do idoso são ouvidas pelos familiares?” “O idoso participa da vida

comunitária e da sociedade em que vive?” “O idoso consegue realizar suas compras, pagar suas próprias despesas?” (4, 6).

É de extrema importância a avaliação nutricional do idoso, por isso, é necessário estabelecer o risco de desnutrição levando a intervenções precoces. Na AGA, essa investigação é composta por um questionário simples de medidas antropométricas, informações dietéticas e autoavaliação (6).

É natural que o envelhecimento seja acompanhado de algumas doenças crônicas. Antigamente, a presença de comorbidades significava critério de expulsão em grandes ensaios clínicos, mas, atualmente, pesquisas em população geriátrica são realizadas para avaliar os efeitos das comorbidades em diversas patologias. Para isso, algumas escalas de comorbidades são frequentemente usadas: CIRS-G, que classifica a comorbidade de acordo com a quantificação de disfunções dos sistemas orgânicos; Escala de comorbidades de Charlson, que leva em consideração o número e a severidade das comorbidades, demonstrando o risco de mortalidade em 1 ano (4, 6).

Dentro do AGA, é necessário ainda, identificar os medicamentos usados pelo idoso e suas interações. A polifarmácia, definida como o uso concomitante de 5 ou mais medicamentos, é extremamente comum nessa faixa etária e acarreta maiores riscos de interações medicamentosas e efeitos colaterais, por isso, é usada a Escala de Beer para identificação de medicações possivelmente inapropriadas e com alto risco de toxicidade para idosos. Essa questão torna-se ainda mais importante quando a pessoa idosa é atendida por diferentes especialistas, cada qual fornecendo uma prescrição específica sem considerar possíveis e frequentes duplicações e as interações medicamentosas. A principal consequência dessa atenção desintegrada é a ocorrência de iatrogenia (4, 6).

Ao considerar o envelhecimento e o aumento da expectativa de vida atualmente, verificou-se a relevância da utilização de um instrumento para subsidiar este cuidado, pois as práticas recentes não seguem um padrão determinado, podendo gerar práticas não pautadas em evidências e/ou não voltadas ao idoso em si.

Assim, diante da importância da avaliação ampla do idoso e da necessidade de que futuros profissionais desenvolvam habilidades para essa avaliação, este estudo objetivou relatar a vivência de estudantes de medicina na implementação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), como subsídio para o processo do cuidar da pessoa idosa (1).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciada por uma dupla de estudantes do 3º ano de medicina, na disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), durante o acompanhamento a uma idosa, utilizando a ferramenta AGA.

O primeiro contato com a idosa foi estabelecido na Unidade Básica de Saúde, e o acompanhamento e avaliação da idosa deu-se por meio de visitas domiciliares, no segundo semestre de 2021.

Realizado o planejamento e a organização das visitas com o propósito conhecer melhor o território-casa, ampliar o contato e identificar rede de apoio, assim como compreender o contexto em que a paciente está inserida, seu papel na comunidade e quais intervenções seriam necessárias diante de possíveis demandas identificadas.

Buscando articulação teórico-prática, previamente aprofundou-se na temática da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), com intuito de analisar, de forma multifatorial, o indivíduo idoso, refletindo sobre sua individualidade e direitos.

Durante as visitas foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de Lawton, Escala de Depressão Geriátrica e a escala de Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contato entre os estudantes e a idosa possibilitou a implementação da AGA, seguindo os passos metodológicos, conforme apresenta-se a seguir.

4. AVALIAÇÃO DO PACIENTE

A. R. M., é do sexo feminino, possui 83 anos, viúva, mas mora com um novo companheiro há muitos anos, natural de Matão-SP, procedente de Cuiabá-MT, vive em Franca-SP, aposentada, era vendedora ambulante, estudou até o 2º ano do ensino fundamental e é evangélica.

No interrogatório sintomatológico dos diversos aparelhos (ISDA), iniciamos pelos olhos e ela referiu lacrimejamento, xeroftalmia e prurido ocular, faz uso de óculos e relatou a necessidade de cirurgia de catarata, estava aguardando vaga após a pandemia e, felizmente, quando retornamos na segunda visita domiciliar, ela já havia realizado a cirurgia do olho direito, enquanto do olho esquerdo estava agendada para o próximo mês.

No nariz, relatou congestão nasal e xeromictéria. Nas orelhas, referiu zumbidos bilaterais, no trato gastrointestinal, epigastralgia e fezes ressecadas. No aparelho osteomuscular, relatou cialgia e dor em ambos os joelhos. No sistema nervoso, referiu episódios de tontura e insônia com dificuldade para iniciar o sono.

O inquérito alimentar foi feito, no café da manhã come torrada e leite, no almoço, arroz, feijão, carne e legumes, à tarde, come torrada e fruta, no jantar, sopa e antes de dormir, bebe um copo de leite.

Nos antecedentes pessoais, relatou prolapso de bexiga, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), insuficiência venosa crônica (IVC), dislipidemia, hérnia lombar, fratura no pé, negou quedas e relatou ter parado com as atividades físicas devido à pandemia, antes fazia caminhadas e hidroginástica. Foi orientada a retornar gradativamente com as caminhadas em uma praça próxima de sua casa.

Acerca da situação vacinal a paciente relatou ter tomado a vacina contra Influenza e COVID-19 (duas doses de Astrazeneca) esse ano, mas não soube informar sobre o restante, por isso, orientamos a ida na UBS para atualização do calendário vacinal do idoso (pneumocócica, difteria e tétano e hepatite B, as vacinas preconizadas para os idosos no Brasil).

Nos antecedentes familiares, relatou ter tido seis filhos, dos quais dois faleceram, um por AVC e outro por pneumonia quando criança, os outros são todos hígidos e dois moram em Franca-SP, um em Cuiabá-MT e outro em Londrina-PR, não tem contato com o último.

Quando questionamos sobre seu estado emocional, a paciente relatou estar triste por ter se mudado para Franca, já que gostava muito de Cuiabá, além de que gostaria de voltar a trabalhar.

Sobre seus hábitos e rotina, disse que prepara as próprias refeições, cuida da casa e frequenta a igreja aos domingos.

No inquérito socioeconômico, referiu residir em imóvel próprio com o cônjuge, o qual a ajuda muito com os afazeres da casa, como as compras no supermercado. Relatou receber visitas quase diariamente de seus dois filhos que moram em Franca-SP, dos quais também recebe ajuda quando necessário, além disso, tem muitos netos que também fazem visitas regularmente.

Atualmente, as medicações em uso para a HAS são enalapril e hidroclorotiazida, para a hipercolesterolemia, faz uso de sinvastatina, para a DM2, faz uso de metformina, para a IVC, faz uso de Castanha da Índia e meia compressiva, além de Betaistina para os zumbidos nos ouvidos e sulfato de neomicina e bacitracina zíncica para a xeromictéria.

Após o término da anamnese, realizamos um exame físico simples, no qual não encontramos nenhuma alteração, pressão arterial controlada, ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades e glicemia capilar abaixo de 100 mg/dL.

Na segunda visita domiciliar realizada, aplicamos as escalas pertencentes à AGA que consideramos pertinentes ao caso e foram elas a escala de Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), Escala de Lawton e a Escala de Depressão Geriátrica.

A escala de Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF) aplicada com a paciente em questão é um instrumento de caráter multidimensional, válido, confiável, simples e de rápida aplicação. Esse questionário é composto por vinte questões de fácil realização e foi desenvolvido para ser utilizado como instrumento de triagem para avaliação da necessidade de encaminhamento para a atenção secundária em geriatria, podendo ser utilizado por qualquer profissional de saúde, ou até mesmo, pelo próprio idoso e familiares. Apresenta considerável especificidade para identificação de Idoso de Risco.

Além disso, por meio do IVCF é possível sinalizar algumas intervenções que podem ser implementadas, independentemente da realização de uma avaliação geriátrica-gerontológica especializada. Essas 20 questões analisadas buscam avaliar a idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas.

Cada seção tem uma pontuação específica, que, no total, perfazem um valor máximo de quarenta pontos. A identificação da condição clínico-funcional do idoso é obtida a partir dos seguintes critérios: 0-3 pontos (idoso é considerado robusto), 4-9 pontos (idoso apresenta risco de fragilização), 10 ou mais pontos (idoso já em condição de fragilidade) (4, 10). Por meio deste instrumento a paciente foi classificada como “idosa robusta”, já que não

foi constatada nenhuma vulnerabilidade ou riscos para a mesma de acordo com suas respostas à escala. Ademais, de acordo com toda a avaliação anterior isso pôde ser ainda mais evidenciado.

Outra escala utilizada foi a de Atividades Instrumentais de Vida Dária (LAWTON) que objetiva avaliar o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. As pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência.

A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva. As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim (4).

O questionário citado foi realizado pelas alunas no segundo encontro com a paciente. De acordo com os dados obtidos, chegamos a 26 pontos na escala de LAWTON com as seguintes respostas: a paciente consegue fazer ligações pelo telefone sem auxílio de terceiros, consegue ir à lugares distantes e fazer uso de transporte público sem auxílio, tem capacidade de realizar suas próprias compras sem ajuda, mas sempre é acompanhada pelo esposo, é capaz de preparar o próprio alimento sem ajuda, arruma sua casa sozinha, lava e passa suas roupas e do esposo e é capaz de tomar seus medicamentos sem ajuda de terceiros.

Tais respostas diante do questionário, nos faz compreender que a idosa tem capacidade funcional intacta diante do esperado para a faixa etária.

FIGURA 1 – Escala de Lawton.

ESCALA DE LAWTON			
Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL			_____ pontos

Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006.

Foi realizada ainda, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) com a paciente, já que ela evidenciou durante a anamnese muita tristeza quando se referia à mudança de Cuiabá-MT para Franca-SP. A EDG é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser auto aplicada ou aplicada por um entrevistador. É composta por 15 itens e possui uma variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos) (YESAVAGE et al., 1986). Propõem-se escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos. (7)

Como resultado, obtivemos a pontuação 0, o que nos demonstrou que a paciente não apresenta nenhum sintoma depressivo e se apresenta cheia de alegria e vontade de viver.

FIGURA 2 – Escala de Depressão Geriátrica Abreviada.

■ ■ ■ ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA		
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ()	Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ()	Não ()
3. Acha sua vida vazia?	Sim ()	Não ()
4. Aborrece-se com freqüência?	Sim ()	Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ()	Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8. Sente-se desamparado com freqüência?	Sim ()	Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ()	Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12. Sente-se inútil?	Sim ()	Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia?	Sim ()	Não ()
14. Sente-se sem esperança?	Sim ()	Não ()
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	Sim ()	Não ()

Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2006.

Assim como já foi abordado, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um instrumento multidimensional para identificação de problemas de saúde e elaboração de plano de cuidado para idosos, especialmente aqueles mais vulneráveis. A avaliação geriátrica ampla (AGA) deve ser administrada em conjunto com o exame clínico tradicional e por profissionais devidamente treinados.

Os principais componentes da AGA são funcionalidade, cognição, humor, estado nutricional, sensorial, mobilidade/quedas, e suporte social, mas outros domínios podem ser acrescentados ou modificados em contextos clínicos específicos. Os desafios para implementação da AGA envolvem a adaptação do instrumento para cada cenário de cuidado e a integração apropriada dos diferentes membros da equipe multiprofissional (8, 9).

Nesse contexto, foi realizado toda a Avaliação Geriátrica Ampla com a idosa atendida, com ênfase nas escalas citadas anteriormente.

No questionário geral do AGA concluímos que se trata de uma idosa independente diante das atividades diárias (AIVD); a pontuação obtida na escala de atividades funcionais foi <6 pontos, evidenciando total funcionalidade; avaliação cognitiva normal, apesar de apresentar pontuação alterada para escolaridade, já que estudou apenas até o 2º ano do Ensino Fundamental; na escala de humor e depressão foi constatado <5 pontos, classificando a paciente sem nenhum risco ou sintomas depressivos; ausência de risco nutricional; e por fim, pudemos avaliar todo o suporte social e familiar da idosa em questão, obtendo pontuação >6, evidenciando não ter nenhuma disfunção social significativa e excelente convivência e apoio familiar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da vivência no acompanhamento de uma idosa e de sua avaliação por meio da AGA, foi possível observar que o instrumento se mostrou relevante para abordagem ampla, não negligenciando nenhuma esfera da vida do idoso, por ser um paciente com múltiplas queixas e comorbidades concomitantes.

A partir das visitas domiciliares, percebemos a importância de conhecer e entender o contexto em que o paciente se insere para podermos criar um planejamento individual de cuidado efetivo a partir das possibilidades individuais de cada paciente, bem como discutir e refletir o processo de envelhecimento e suas consequências, assim como o papel da equipe e serviços no cuidado ao paciente.

Por meio da experiência, conseguimos associar a prática à teoria em diversas situações, de forma a transpor para a vivência nosso conhecimento teórico acerca da AGA, a um paciente geriátrico e possibilitou compreender também os aspectos envolvidos no processo saúde-doença, e a potencialidade da coleta de dados na construção de projetos terapêuticos singulares e resolutivos.

6. REFERÊNCIAS

- 1- SARAIVA, Luciana Braga; et al. Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas. **J Health Sci**, J Health Sci, v. 19, n. 4, p. 262-267, 1 jan. 2017.
- 2- ROCHA, Fernanda Silva; GARDENGHI, Giulliano; OLIVEIRA, Patrícia Conceição. PERFIL DE IDOSOS SUBMETIDOS À AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA EM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 2, p. 170-178, 24 maio 2017.
- 3- CASA CIVIL SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. Lei nº 10741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **LEI No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.**, Decreto nº 6.214, de 2007, 1 out. 2003.
- 4- SAÚDE, Ministério da. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. **A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 19**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, n. 1, p. 1-192, 1 jan. 2007.
- 5- LIMA, Luciana Cavalcanti; et al. Avaliação geriátrica ampla como preditor de morbimortalidade nos pacientes oncológicos vulneráveis submetidos ao tratamento quimioterápico. **Rev Med**, São Paulo, v. 98, n. 3, p. 180-186, 1 maio 2019.
- 6- KARNAKIS, T. O uso longitudinal da avaliação geriátrica ampla em um centro oncológico no Brasil: estudo piloto em portadores de câncer de mama. **Tese [Doutorado em Educação e saúde] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, 2015.
- 7- TORRES, SVS. A valorização da queixa do idoso no cuidado em vários contextos. **RevKairósGerontologia.**, 2015.
- 8- GMS, Mota; et al. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla. **RevBrasGeriatrGerontol.**, 2009.
- 9- BARBOSA, MR; et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade., 2014.

HABEAS CORPUS 124.306/RJ: complemento ou desafio a norma penal permissiva?

Júlia Alves Bensi
Graduanda em Direito – UNESP
j.bensi@unesp.br

Guilherme Dalbon Barbosa
Bacharel e Mestrando em Direito- UNESP
Especialista em Direito Penal e Processo Penal – UniDomBosco
guilherme.d.barbosa@unesp.br

Paulo César Corrêa Borges,
Professor assistente doutor do Departamento de Direito Público e do
PPGDIREITO/FCHS/UNESP. Doutor, Mestre e Bacharel em Direito pela
Universidade Estadual Paulista – Unesp.
paulo.cc.borges@unesp.br

1. INTRODUÇÃO

O direito penal é ferramenta importantíssima para a manutenção e o correto funcionamento das instituições essenciais ao estado democrático de Direito, uma vez que traz, em suas disposições legais, uma autêntica lista de condutas que são vedadas, passíveis de punição, seja em um grau menor, seja em um grau maior.

Há, também, mesmo nas normas penais, previsões legislativas permissivas que, apesar de em menor número, prescrevem, no âmbito do Código Penal ou de outras legislações penais especiais, condutas que ou não constituem crime ou estão protegidas por serem circunstâncias que excluem a ilicitude ou isentam de pena.

Portanto, na norma penal, há desde contravenções penais com penas de dias ou meses, até crimes previstos em legislações penais especiais com longas e duras penas em décadas e, ainda, as normas permissivas e proteção legal a condutas que, lado outro, seriam vedadas e sancionadas.

Isso tudo, para, em linha com o que se espera do Direito atualmente, se ter uma previsibilidade, uma expectativa e uma disposição quanto ao que se pode e o que se não pode fazer.

Mais que isso, o que o Estado deve combater e punir e, lado outro, o que o ente deve incentivar, proteger e garantir por meio de sua atuação e de suas estruturas, inclusive de suas instituições jurídicas e normatizações.

O campo que se busca apresentar ao longo deste artigo com o enfoque são as hipóteses de aborto legal, por força da jurisprudência, no caso, do *habeas corpus* analisado e também das normas penais permissivas, que apresentam condutas penalmente relevantes, porém, que no caso concreto, são devidamente permitidas e garantidas, como é o caso das hipóteses de aborto legal, no artigo 128, I e II do CP.

Com isso, os jurisdicionados, estando diante do crivo e do poder punitivo estatal, tem o conhecimento prévio, claro e determinado de quais ações podem levar a uma responsabilização legal, diante da aplicação do princípio da legalidade e da anterioridade da lei penal, somados ao princípio da taxatividade.

Também, tem o conhecimento de excludentes de ilicitude e situações em que determinadas condutas podem ser praticadas sem que se tenha a responsabilização penal.

Não há que se dizer que a sociedade não pode repudiar determinada conduta prevista na norma penal como punível e alterar o seu *status* perante a Lei, de forma direta ou pela alteração da dinâmica social.

Nem tampouco que os juristas, inclusive os tribunais, não podem, a depender da situação em concreto, conferir uma proteção conforme a norma constitucional em relação a casos em que, normalmente, não haveria a garantia legal com base no Código Penal, porém, é necessário, por força dos princípios constitucionais, que se efetivo os direitos fundamentais.

Para observar alterações legislativas normativas, pode-se pensar nas revogações do crime de sedução, antigo artigo 217 do Código Penal (CP) e do adultério, antigo artigo 240 do mesmo código, por exemplo.

A alteração jurisprudencial pode ser observada no próprio *habeas corpus* analisado, já que o pretório excelso, diante do caso, não aplicou uma norma legal existente no código penal, mas, sim, se utilizou do Direito penal constitucional para dar efetividade aos princípios e garantir a proteção e a garantia de autonomia e dignidade a gestante que aborta até o terceiro mês.

Contudo, alguns temas são de extrema importância na mesma medida que são de extrema divergência nos núcleos políticos, religiosos e sociais em geral, em relação a proteção dispendida pela norma e na própria situação em que há um choque entre dois bens jurídicos penalmente tutelados.

O aborto é justamente um destes temas, que traz, nos dias de hoje, uma carga política tão forte que muitas vezes ofusca a própria discussão jurídica e social das consequências, das possibilidades e da permissão normativa referente a ação.

Somado isso a recente aversão ao Supremo Tribunal Federal por conta de questões políticas e de posições jurídicas polêmicas, se tem uma grave situação de anomalia que traz para o debate jurídico questões que, embora relevantes, não deveriam prevalecer face a direitos fundamentais de um grupo especialmente vulnerável, como o das mulheres.

O presente artigo busca, por meio da análise bibliográfica qualitativa da norma penal e da doutrina disponível sobre o tema, para além da análise crítica jurisprudencial da decisão do Supremo Tribunal Federal no HC 124.306/RJ, indicar se a corte suprema decidiu em linha com as hipóteses de proteção da norma, em complemento, ou em contrariedade a ela.

Além disso, busca-se demonstrar os principais aspectos das duas hipóteses previstas no artigo 128 do Código Penal, referentes ao aborto permitido, quais sejam: o aborto para salvar a vida da gestante, em caso em que não há outro meio de salvá-la, e o aborto no caso de estupro, com o consentimento da gestante ou do seu representante legal.

Na sequência, será feita uma discussão com análise crítica dos principais aspectos da ementa e do voto do Ministro Barroso no *habeas corpus* em questão, para fundamentar a decisão e trazer a discussão.

A problemática que se almeja discutir é em relação a suficiência ou não das hipóteses já previstas, da inovação ou não da decisão face a ordem jurídica, da

sua aplicabilidade em situações de notória exposição midiática e também da invasão do campo moral e político em questões jurídicas, em especial as que envolvem direitos das mulheres, como é o caso do aborto.

Em conclusão, o objetivo do artigo é demonstrar a importância da previsão legal relativa as hipóteses de aborto permitido pela norma e em decisões jurisprudenciais como as do *habeas corpus*, sem deixar de lado as possíveis críticas, as indicações e as observações quanto ao aperfeiçoamento e ampliação de tais hipóteses e as decisões de turmas dos tribunais superiores, de forma a melhorar tanto a previsão normativa, como a própria aplicação material das disposições legais.

Isso tudo levando em conta que temas como o aborto são de inegável embate ideológico, que, se não travado de maneira a expor ideias diferentes no campo político de maneira democrática, mas, sim, for uma autêntica forma de limitar e cercear direitos muitas vezes já adquiridos, em especial por grupos vulneráveis, leva a uma situação de claro retrocesso legislativo e social.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS

2.1 Previsões Do Aborto Legal No Código Penal

O aborto é uma conduta vedada no ordenamento jurídico brasileiro, por força da determinação dos artigos 124 até 127 do Código Penal, que sancionam tanto o aborto provocado com o consentimento da gestante ou pela própria gestante, como também a conduta de terceiros que provocam o aborto, seja com a concordância da gestante, seja sem ela, que é considerado o caso mais grave. As penas variam de acordo com a conduta, de forma gradativa.

Ao contrário de outros ordenamentos jurídicos que protegem a gestante contra condutas de terceiros que provocam o abortamento, inclusive com o seu consentimento, mas não a punem *per se*, como é o caso de vários estados dos Estados Unidos da América, no Brasil, tanto a gestante que concorda, como quem de fato provoca o abortamento, são objeto de punição da norma.

Não há que se falar, no entanto, em punição para a gestante que sofreu o aborto, mas não consentiu para a ação, uma vez que ela é tão vítima como o próprio nascituro.

Outro comentário importante, apesar de não ser o objeto central deste artigo, é pontuar que enquanto o ordenamento jurídico brasileiro segue tratando o aborto como uma questão de direito criminal puro e simples, vários outros países já permitem o aborto legalmente até determinada semana da gestação, tanto como ferramenta de planejamento e controle familiar, seja como forma de materializar a autonomia e a vontade da mulher face a uma situação que apenas ela enfrenta.

Afinal, a gestação é característica exclusiva das mulheres e, apesar da concepção depender de material genético masculino e feminino, é inegável que são as mulheres que gestam a criança, sofrem as dores do parto e as alterações físicas.

Ao tratar do aborto como questão de saúde pública e proteção a mulher em vários aspectos, e não uma questão puramente de direito criminal, as nações buscam de uma forma abrangente aplicar o direito e as políticas públicas voltadas para a dignidade da pessoa humana, e não apenas como forma de controle social pela via da norma penal.

No Brasil, além de toda a discussão moral, religiosa e política que cerca o tema, ainda há uma grande barreira para o reconhecimento de tal matéria como uma forma de tutela também da proteção a mulher, e não apenas como objeto de norma penal sancionadora.

De qualquer forma, mesmo com todo este cenário, há, no ordenamento jurídico brasileiro, duas hipóteses previstas na norma para o que se denomina como “aborto legal”: o aborto praticado para salvar a vida da gestante e o aborto em casos resultantes de estupro, com o consentimento da gestante ou do representante legal.

A norma é a seguinte:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico: (Vide ADPF 54)

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. (BRASIL, 1940)

Para fins de referencial teórico inicial, analisaremos os dois permissivos legais, em tópicos separados a seguir, de forma a munir o presente artigo com as duas hipóteses e permitir uma discussão embasada na sequência em relação a decisão da suprema corte.

Porém, é importante, de plano, apontar que a própria norma exige que o aborto seja praticado por *médico*, o que nos traz uma necessidade de capacitação técnica e formação na área da medicina para o procedimento, de forma tanto a proteger a integridade física da gestante, como também de forma a garantir que não ocorrerá um abuso da norma que cause sua própria violação.

No entanto, é claro que em determinadas situações, em especial quando há risco a vida da gestante, não se pode exigir que o procedimento seja feito por um médico se não houver um médico disponível.

O exemplo que se pode pensar de maneira mais clara é uma situação em que a gestante está isolada em local ermo e corre iminente e claro risco de vida, com uma gravidez já conhecidamente de risco, e com um médico à distância informando que não há outra forma a não ser o aborto para minimamente se ter uma chance de salvar a vida da mãe.

Neste caso, situações em que parteiras, bombeiros, enfermeiros ou qualquer outra pessoa tenha agido de forma a realizar o aborto para salvar a vida da gestante, apesar de não se amoldarem exatamente no *caput* do artigo 128 do CP, também não podem ser punidas.

Aliás, a própria expressão “não se pune” parece, inclusive com indicações doutrinárias, um problema, já que poderia ser interpretada não como uma situação em que não há um crime, de fato, mas, sim, como se fosse uma escusa absolutória que segue prevendo o crime, mas isenta de pena.

Lado outro, há quem entenda que a expressão é correta, uma vez que, por exemplo, Nucci afirma que:

“a lei dizendo que não se pune o *aborto*, o que significa que o *fato típico* deixa de ser punível, equivalendo a dizer que não há crime. Preferimos esta última posição. Em qualquer caso, no entanto, trata-se de excludente de ilicitude.” (NUCCI, 2021)

Feitas as considerações iniciais, passa-se a um estudo detalhado de ambas as previsões legais que estão no artigo 128 do CP, permitidas pela norma legal e protegidas as condutas por força da lei, para embasar a discussão.

2.2 O Aborto Legal Quando Há Risco Para A Vida Da Gestante

A primeira previsão normativa em hipóteses nas quais o aborto é permitido é o chamado *aborto terapêutico*, situação prevista no artigo 128, I do CP, na qual se prevê que não se pune o aborto praticado por médico se, e somente se, for a única alternativa para salvar a vida de uma gestante.

O que ocorre na previsão do referido dispositivo legal é o que a doutrina não raro chama de *choque de bens jurídicos*, ou, de forma mais clara, um conflito entre dois bens jurídicos igualmente protegidos e de igual estatura, ou seja, *duas vidas*, a da gestante e a do feto.

Não há que se falar que o nascituro não tem proteção legal. Seria um enorme equívoco pensar ou mesmo declarar tal ponto de vista, já que o próprio crime de aborto prevê a sanção para quem o comete e, também, porque o Código Civil põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.

Porém, no caso em que há o problema de saúde ou alguma outra situação em que há que ser feita uma opção, a norma defende que a vida da gestante deve ser protegida e, neste caso, o aborto é permitido legalmente. Nucci (2021), deixa clara a posição: “*Entre os dois bens que estão em conflito (vida da gestante e vida do feto ou embrião), o direito fez clara opção pela vida da mãe. Prescinde-se do consentimento da gestante neste caso.*”

A questão do *prescinde-se* do consentimento da mãe é um tanto quanto controversa, uma vez que há duas possíveis causas para tal ponto em relação a norma.

De um lado, pode-se pensar que buscou-se cercar situações em que a mulher simplesmente não pode exprimir sua vontade, em decorrência da própria causa do risco de morte que autoriza o aborto. Por exemplo: há um acidente de carro e a gestante está em coma, com a sua única chance de tentar salvar a vida sendo o aborto.

Neste caso, esperar que a gestante consinta com o abortamento para salvar sua vida seria, na prática, impossível, diante dos fatos, devendo o corpo médico agir para salvar a vida da mulher, com o sacrifício da gestação, se necessário.

Lado outro, não se pode ignorar em que há situações em que a gestante, embora sob risco de morte decorrente de algum problema de saúde, está lúcida e exprime sua vontade para que o procedimento não aconteça e a gestação prossiga.

Neste último caso, a norma não é clara, já que a previsão é simples e direta, não sendo difícil, no entanto, se pensar em situações em que, embora sua vida esteja em risco, a gestante não queira o aborto e manifeste sua vontade pela continuidade da gravidez, ainda que sob o risco da própria morte.

Uma pergunta honesta é qual seria a saída, neste caso.

Bitencourt afirma, de maneira clara, que o aborto, neste caso, deve ser realizado independente da discordância da gestante, mesmo *contra a sua vontade*, conforme o trecho a seguir:

Nessa linha de orientação, sustentamos que o aborto necessário pode ser praticado mesmo contra a vontade da gestante. A intervenção médico-cirúrgica está autorizada pelo disposto nos arts. 128, I (aborto necessário), 24 (estado de necessidade) e 146, § 3º (intervenção médico-cirúrgica justificada por iminente perigo de vida). Ademais, tomando as cautelas devidas, agirá no estrito cumprimento de dever legal (art. 23, III, 1ª parte), pois, na condição de garantidor, não pode deixar perecer a vida da gestante. Enfim, o consentimento da gestante ou de seu representante legal somente é exigível para o aborto humanitário, previsto no inciso II do art. 128. (BITENCOURT, 2021)

Afirma, ainda, que é necessária tal proteção legal tanto para a própria gestante, como também para o médico, uma vez que ele precisa salvar a vida da mulher e,

no caso da situação descrita, deve se dar prioridade a da gestante, que é protegida pela norma em desfavor do nascituro.

Em relação aos requisitos, se destaca que, por força da norma e pela previsão doutrinária, existem dois pontos muito claros que precisam convergir para que se possa praticar o aborto terapêutico do artigo 128, I, do CP: a) que o aborto seja o único meio hábil e possível de se salvar a gestante e b) que de fato ocorra a prática por médico.

As ressalvas já foram feitas acima em relação as situações excepcionais, em que não há médicos, nas quais, inclusive, Bitencourt (2021) afirma que estariam protegidas pela excludente de ilicitude do estado de necessidade.

Já em relação ao risco para a gestante, interessante apontar o posicionamento de Victor Eduardo Rios Gonçalves, que afirma:

Não é necessário que haja situação de risco atual para a gestante, pois, para tal hipótese, já existe a excludente do estado de necessidade. Assim, é evidente que, se nos primeiros meses da gestação os exames já demonstram que o crescimento do feto poderá provocar a morte da gestante por hemorragia nos meses seguintes, não faz sentido aguardar que o risco se concretize para só nesse momento posterior realizar o aborto. (GONÇALVES, LENZA, 2022)

Em conclusão, pode-se afirmar que o aborto do artigo 128, I, do CP, é uma conduta prevista em norma permissiva por conta de um parecer médico que busca evitar que a vida da gestante se perca, praticando intervenção médica que provoca o aborto, mesmo face a uma resistência da mulher.

Embora a previsão tenha problemas claros em relação ao respeito da autonomia da gestante no caso concreto e mesmo se tenha discussões justas a respeito do quão *atual* o risco deve ser para se ter a conduta permitida pela norma, é digno de nota que o aborto terapêutico é importante ferramenta jurídica e, em um ordenamento já restrito em relação a permissibilidade do aborto, é de relevância e protagonismo ímpar.

2.3 O Aborto Legal Em Casos De Estupro

A segunda e última permissão legal do Código Penal em relação ao aborto é aquela destinada aos casos de estupro, nos quais resultou uma gravidez da vítima da violência sexual, nos termos do artigo 128, II, do CP.

Neste caso, o aborto, por força da norma legal, deve ser *precedido* do consentimento da gestante ou, se esta for incapaz, deve ser fornecida a concordância pelo representante legal.

Não é o foco deste artigo, mas, por vezes, uma vítima incapaz, em especial as menores de idade, pode ter uma vontade e o representante legal, outra opinião, o que leva a um problema em relação a aplicação da norma.

De qualquer forma, o que se busca atingir com este permissivo legal é justamente a dignidade da mulher vítima da violência sexual, uma vez que a ausência desta previsão legal seria uma forma do estado *forçar* a mulher, já violentada, a gestar e parir o fruto da violência independentemente da sua vontade.

Diga-se que o artigo 128, II, do CP não é uma obrigação ou um imperativo em relação ao caso no sentido de interromper a gravidez decorrente do estupro – explica-se: se a mulher vítima da violência optar por manter a gestação, o estado não irá intervir, porém, há a proteção estatal nos casos em que tal violência ocorre, resulta em gravidez e a mulher quer abortar.

No choque entre a dignidade da mulher vítima da violência sexual e o prosseguimento da gestação do feto ou do embrião, apesar de se tratarem de dois bens jurídicos tutelados e protegidos pelo direito, a norma optou por garantir maior proteção aquele considerado como já constituído, o da mulher.

A analogia *in bonam partem* permite que a mulher que foi vítima de violência sexual mediante fraude ou de violência ficta também realize o aborto legal com a proteção do artigo 128, II, do CP. (NUCCI, 2021)

Há, no entanto, que se apontar os recentes retrocessos em termos de posições legislativas e declarações públicas no sentido de tolher tal direito às mulheres vítimas da violência sexual, o que não se pode admitir em um Estado Democrático de Direito.

Entre manifestações de grupos religiosos e tentativas de coação, públicas, inclusive, em determinados casos, e pressão de grupos na busca de colocar o

corpo e a autonomia da mulher como sendo secundária em relação a gravidez, é claro que há um movimento de subjugar o grupo em uma sociedade machista e patriarcal.

Importante pontuar que não se exige nem a condenação com trânsito em julgado, nem mesmo a existência de um processo criminal em curso em relação ao estupro para se ter o aborto humanitário ou piedoso, basta que se tenha o registro, a informação da ocorrência, para que se faça tal procedimento – portanto, basta o Boletim de Ocorrência.

Aliás, nas palavras de Nucci (2021): “*O importante é o fato e não o autor do fato. Por isso, basta o registro de um boletim de ocorrência e a apresentação do documento ao médico, que não necessita nem mesmo da autorização judicial.*”

Há, ainda, outra limitação que corriqueiramente é ventilada nos meios sociais, sem uma intervenção ou parecer juridicamente embasado, é a da necessidade, obrigatória, de autorização judicial para a realização do procedimento de aborto nas vítimas de violência sexual.

Porém, a posição doutrinária e a legislação são claras: não há tal necessidade, nem o conhecimento da autoria do crime, basta a ocorrência do estupro, seu registro, e a conseqüente gravidez para que se tenha a proteção da norma penal permissiva.

O consentimento da gestante, no entanto, é fator vital em relação a essa permissão legal ao abortamento, já que sem ele, não é possível realizar o procedimento, por força da norma.

Portanto, caso a mulher decida gerar o feto, não há que se falar em uma violação a norma ou mesmo a uma não utilização do direito, já que também é seu direito, igualmente protegido, de prosseguir na gestação.

Encerra-se, neste momento, a apresentação e abordagem analítica das hipóteses legais de aborto permitido pelo Código Penal brasileiro, em seu artigo 128 e, agora, se passa a análise do julgado do Supremo Tribunal Federal no HC 124.306 RJ.

Isso, buscando-se apontar se tal decisão foi uma extensão a norma penal permissiva no sentido de proteger o bem jurídico tutelado pelo aborto legal ou se,

lado outro, foi uma intromissão da suprema corte na atividade legislativa, com uma autêntica inovação legislativa por uma via não ortodoxa.

2.4. Estudo do Caso HC 124.306 – RJ

Relatado pelo Ministro Marco Aurélio Mello, da 1ª Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) e julgado em 29 de novembro de 2016, o Habeas Corpus (HC) nº 124.306 – RJ foi decidido por maioria e, no caso concreto, teve o entendimento de que a interrupção da gravidez até o terceiro mês de gestação não pode ser equiparada ao aborto e, por consequência, não se pode imputar aos autores a responsabilização penal dos tipos que sancionam a conduta.

É exposto nos autos que os pacientes, que mantinham uma clínica de aborto, foram presos em flagrante ante o cometimento dos crimes tipificados nos artigos 126 (aborto) e 288 (formação de quadrilha), ambos do Código Penal, por terem provocado um aborto com consentimento da gestante.

Em 2014, a 4ª Câmara Criminal, juntamente ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, proveu recurso para decretar a prisão preventiva dos pacientes. A fundamentação apresentada foi a de garantir a ordem pública e de se assegurar a devida aplicação da lei penal no caso em estudo.

O Ministro Luís Roberto Barroso, em seu voto condutor do referido acórdão em *habeas corpus*, expôs, na fundamentação, a não existência dos requisitos necessários para a decretação de prisão preventiva, como é descrito nos termos do art. 312 do Código de Processo Penal, sendo essencial a presença de riscos para a ordem pública ou econômica, conveniência para a instrução criminal ou necessidade de assegurar a aplicação da lei.

O acórdão expõe a seguinte ementa:

DIREITO PROCESSUAL PENAL. *HABEAS CORPUS*. PRISÃO PREVENTIVA. AUSÊNCIA DOS REQUISITOS PARA SUA DECRETAÇÃO. INCONSTITUCIONALIDADE DA INCIDÊNCIA DO TIPO PENAL DO ABORTO NO CASO DE INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GESTAÇÃO NO PRIMEIRO TRIMESTRE. ORDEM CONCEDIDA DE OFÍCIO. (BRASIL, 2016)

O Ministro Barroso, em seu voto, sustenta que não estariam presentes os requisitos para a decretação de prisão preventiva nesse caso, pois os pacientes são primários, possuem bons antecedentes e têm trabalho e residência fixa no distrito da culpa.

Além disso, compareceram devidamente aos atos de instrução do processo, não houve nenhuma tentativa de fuga dos pacientes durante o flagrante e, principalmente, pois, para o Ministro, a custódia cautelar apresenta-se ser desproporcional, já que eventual condenação poderá ser cumprida mesmo em regime aberto.

Tratando-se propriamente do aborto, o entendimento empossado na decisão da Primeira Turma do STF apresenta que a tipificação penal da interrupção voluntária da gestação afeta diretamente essências direitos fundamentais das mulheres que serão analisados em seguida, sendo estes: a violação à autonomia da mulher; a violação do direito à integridade física e psíquica; a violação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher; a violação à igualdade de gênero; e a discriminação social e impacto desproporcional sobre mulheres pobres.

Diante disso, foi tomada a decisão, por maioria, no sentido de, apesar de não estar previsto no Código Penal, haveria uma outra hipótese da não incidência da responsabilização penal para o aborto, nos casos de interrupção da gravidez até o terceiro mês.

Recorda-se que o *habeas corpus* tem eficácia apenas para as partes e, apesar de poder ser invocado em outros processos, não se trata de uma regra ou de um entendimento sumulado.

Observa-se a fundamentação principiológica utilizada com as análises seguintes.

2.4.1. Direitos Fundamentais afetados pela criminalização do aborto

Os direitos fundamentais são caracterizados como a mínima garantia de justiça assegurada a todos os indivíduos em um ordenamento jurídico.

A principal característica desses direitos é a oponibilidade às maiorias políticas, isto é, são uma ferramenta para limitar a atuação do legislador, prevista na Constituição Federal de 1988.

Foi com tal base principiológica e com fundamento nos direitos fundamentais previstos na Carta Magna que a Primeira Turma formou o seu entendimento.

2.4.1.1 Violação à autonomia da mulher

A autonomia da mulher é protegida, principalmente, pelo princípio da dignidade humana, presente no art. 1º, III, CF/1988, e garante o direito de exercerem suas próprias decisões morais sem a interferência do Estado e da sociedade.

Assim, tratando-se do corpo feminino, um dos pontos vitais para a autonomia é a liberdade de poder controlar o próprio corpo e decisões que o envolvam, como é o caso de continuar ou não com uma gravidez.

A partir do momento que o Estado, detentor do monopólio legítimo da força, impõe a continuação de uma gravidez, o corpo da mulher na sociedade se apresenta simplesmente como um útero a serviço e não mais como um corpo dotado de uma autonomia que teoricamente é legalmente garantida.

2.4.1.2. Violação do direito à integridade física e psíquica

O direito à integridade psicofísica, presente no art. 5º, caput e inciso III, CF/1988, é vital para proteger todos os indivíduos contra interferências e lesões aos seus corpos e mentes.

Sem dúvidas, a admissão de uma obrigação para o resto da vida, como é a de ser uma mãe, afeta tanto de forma positiva, como negativa a integridade psíquica de qualquer mulher.

Nesse sentido, determinar legalmente a continuação de uma gravidez, por interferir, de modo contínuo, o corpo e a mente da mulher, se apresenta como uma grave violação à integridade física e psíquica.

2.4.1.3. Violação aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher

Ao se tratar do direito de todo indivíduo poder decidir ativamente se deseja ou não e qual o momento ideal de ter filhos, sem violência ou discriminação, a criminalização do aborto afeta diretamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Inclusive, como argumenta Barroso, o fato de cair à mulher o ônus da gravidez, cabe-lhe uma maior proteção de seus direitos.

Uma vez que é retirada a liberdade de decisão sobre a maternidade, com a tipificação do crime de aborto pelo Código Penal, a mulher é obrigada a manter uma gestação indesejada, o que viola o seu direito de desejo ou não de ser uma mãe.

Ademais, como o aborto ilegal é uma realidade brasileira que ocorre sem o devido acompanhamento, a saúde reprodutiva das mulheres é afetada drasticamente, o que inclusive aumenta os índices de mortalidade materna.

2.4.1.4 Violação à igualdade de gênero

Considerando o fato de que é apenas o corpo feminino que é obrigado fisiologicamente a comportar com o ônus integral da gravidez, visto que o corpo masculino não engravida, Barroso aduz que somente haverá uma igualdade plena entre os gêneros se às mulheres for reconhecido o direito de decidir manter ou não a sua gravidez.

Nesse sentido, o Ministro Carlos Ayres Britto agrega à reflexão: “se os homens engravidassem, não tenho dúvida em dizer que seguramente o aborto seria descriminalizado de ponta a ponta” (BRITTO, 2016).

2.4.1.5 Discriminação social e impacto desproporcional sobre mulheres pobres

A criminalização do aborto também espelha a discriminação social, uma vez que as mulheres pobres são afetadas de uma forma mais agressiva por não possuírem serviços de saúde particulares e, muito menos, poderem utilizar o serviço público para realizar o procedimento abortivo.

Assim, como a criminalização não gera uma consequente extinção da prática do crime, as mulheres pobres continuam abortando, mas são obrigadas a procurarem clínicas clandestinas que apresentam elevados riscos de lesões que até mesmo levam ao óbito

O estudo: “Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva”, de Greice Menezes, Estela Aquino, Sandra Fonseca e Rosa Domingues, de 2009, nesse sentido, explicita que o perfil das mulheres brasileiras que falecem de decorrência do aborto ilegal é de jovens, negras, de estratos sociais menos privilegiados e residem em áreas periféricas das cidades, isto é, os grupos minoritários dentro de um grupo já desfavorecido que é o grupo de mulheres em uma sociedade historicamente machista.

2.4.1.6 Princípio da proporcionalidade

Além de argumentar que a criminalização do aborto até o terceiro mês de gestação afeta diretamente diversos direitos fundamentais das mulheres, Barroso também argumenta, por apresentar uma violação ao princípio da proporcionalidade, que a tipificação penal não se apresenta compatível com a Constituição.

Para se evitar um excesso do uso da norma e uma insuficiência, o princípio da razoabilidade-proporcionalidade é utilizado; sua importância se destaca na obtenção da justiça. Assim, historicamente, o legislador do ordenamento brasileiro, se limitando à Constituição, tem uma liberdade para definir crimes e penas, desde que contemple o respeito aos direitos fundamentais dos acusados, bem como os deveres de proteção para com a sociedade, devendo, assim, ser proporcional a ambos.

Contemplando a esfera legislativa do caso em estudo, deve-se ponderar que o Código Penal Brasileiro foi redigido em 1940, período em que os valores da sociedade eram mais pautados no machismo, não reconhecendo, assim, direitos fundamentais das mulheres; a exemplo, os artigos supracitados, referentes ao crime de aborto, conservam a mesma redação da década de 40.

O ministro, ao aduzir a defasagem legislativa do Código com os valores sociais atuais, referenciou a decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF nº 54, que descriminalizou a interrupção da gestação na hipótese de fetos anencefálicos.

Por outro lado, a Constituição Federal de 1988, se apresenta em uma perspectiva mais cosmopolita e de valores sociais mais aflorados frente a defesa dos direitos, principalmente, dos grupos minoritários.

Por isso deve-se analisar a tipificação do aborto até o terceiro mês de gravidez em uma ótica dos novos valores constitucionais, visto que a Constituição, como lei máxima, traça os parâmetros a serem seguidos em um sistema jurídico.

Dessa forma, concedeu-se o ofício a ordem de *habeas corpus* do caso de nº 124.306, por ausência dos requisitos legais para a manutenção da prisão preventiva dos pacientes, mas também por analisar a concepção da tipificação do aborto até os três meses de gestação em uma concepção constitucionalista e mais humanitária.

3. DISCUSSÃO

Passa-se, neste momento, a discutir a questão da decisão do Supremo Tribunal Federal no *habeas corpus* 124.306 RJ face as disposições legais no código penal que autorizam o aborto.

Inicialmente, é importante destacar que, de forma bastante clara, não há, dentro das hipóteses do artigo 128 do Código Penal, uma previsão que exclua o crime de aborto em casos de interrupção da gravidez até o terceiro mês.

Portanto, se seguir-se apenas as disposições normativas do código penal que, diga-se, é código da década de 1940, em outra realidade social, concluir-se-ia que a decisão do STF confrontaria a norma, porém, diante do exposto, não se

pode admitir tão somente esta visão e, tampouco, pode-se indicar que seja a mais aceitável.

Isso, pois, enquanto o Código Penal é sistematização normativa da década de 1940, em sociedade ainda mais machista e patriarcal que a atual, a Constituição Federal é de 1988, elaborada em um momento de redemocratização e pluralidade de ideias, em uma perspectiva mais cosmopolita e humana do direito.

Nesse contexto, não apenas os direitos das classes dominantes e de grupos privilegiados seriam tutelados, mas, também, aqueles de grupos vulneráveis e de pessoas que precisam, ainda mais que outras, da intervenção protetiva estatal, exatamente o caso das mulheres em situações em que seu corpo é violado ou está em risco e, para garantir a sua integridade, é necessário sobrepor a tutela em relação as mulheres sobre a tutela em relação a outro bem jurídico, no caso, o do nascituro – situação do aborto aqui analisada.

Assim, o que foi feito pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento da ordem acima analisada foi, diante do exposto, um exercício de interpretação constitucional, para que a norma penal, ao contrário de uma peça normativa histórica, seja aplicada, nos dias de hoje, conforme determinam os princípios e as ordens constitucionais, que são não apenas posteriores, mas também hierarquicamente superiores.

A abordagem dos princípios demonstra que a Primeira Turma do STF não se baseou em meras ideias ou princípios pessoais ou morais para tomar sua decisão de concessão da ordem de ofício, mas, sim, em autênticos mandamentos constitucionais, de forma a garantir a aplicação de um direito penal constitucional e não apenas punitivo.

Não se pode, no entanto, passar sem críticas a uma inclusão de uma hipótese de isenção de pena ou de exclusão de crime não prevista originariamente no Código Penal, pois, a via ortodoxa seria a alteração legislativa.

Ocorre que, longe de ser um choque, ou um desafio a norma, a decisão do STF no referido *habeas corpus* pode ser interpretada como uma forma de extensão e efetivação da tutela do bem jurídico protegido pelo artigo 128 do CP, qual seja, a dignidade e a autonomia da mulher face a situações em que sua vida está em

risco (caso do aborto terapêutico) ou, em situações nas quais foi submetida a violência sexual que levou a uma gravidez (caso do aborto humanitário).

Se a intenção do legislador de 1940 era proteger a mulher em relação a sua dignidade e integridade, é digno de nota que a interpretação conforme feita pela Primeira Turma é, não uma ofensa, mas uma complementação a norma.

Assim, a conclusão em relação ao exposto é que, ao utilizar dos princípios constitucionais da proporcionalidade, da liberdade da mulher, de sua autonomia e do pleno exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, os membros da suprema corte não desafiaram a norma penal, mas, sim, buscaram, nos termos da Constituição Federal, dar a efetividade necessária aos seus mandamentos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo está longe de esgotar o tema, mesmo em relação aos dispositivos legais abordados – o que se quer não é exaurir o assunto, mas apresentar ao leitor um panorama das hipóteses do aborto legal previstas no Código Penal brasileiro em contraste com a decisão do STF no *habeas corpus* analisado.

Como são apenas duas os permissivos legais, é importante apresentá-las no aspecto tanto puramente legal, como também o doutrinário, apontando suas características, suas exigências e suas possíveis falhas, para contribuir tanto com o debate acadêmico como, também, com a própria melhora da norma.

Isso, para, em seguida, indicar que é bastante seguro apontar que o Supremo Tribunal Federal, ao decidir, no âmbito do *habeas corpus*, que a tipificação penal do aborto não seria possível até o terceiro mês, por violação a diversos princípios constitucionais, em especial o da proporcionalidade, a autonomia da mulher no campo dos seus direitos sexuais e reprodutivos e a própria dignidade da pessoa humana.

A interpretação conforme a constituição feita pelo pretório excelso para excluir do alcance do tipo penal de aborto a interrupção da gestação até o terceiro mês é uma forma, na visão da primeira turma, de garantir a aplicação do Direito Penal

Constitucional, que, no escopo da norma fundamental de 1988, é dinâmico, atual e principiológico, devendo se atentar a real efetividade e materialização dos direitos fundamentais e não tão somente a uma descrição normativa.

Isso, em especial, em se tratando de direitos das mulheres, tão violados e ofendidos, constantemente mesmo alvo de tentativas de restrições legislativas por parte de determinados grupos políticos, inseridos em uma sociedade, e em grupos, que consideram que os direitos das mulheres em relação a tutela específica e proteção, são privilégios e não garantias.

Portanto, embora seja legítima a discussão em relação a decisão do STF em termos de não responsabilizar penalmente os pacientes do *habeas corpus* em hipótese não prevista legalmente, conclui-se que, da leitura dos dados, das obras e da jurisprudência, pode-se dizer que a referida decisão foi, e é, um importante instrumento de efetividade e de garantia de direitos fundamentais face a interpretação constitucional do código penal.

REFERÊNCIAS

BITENCOURT, Cezar R. **TRATADO DE DIREITO PENAL 2 – PARTE ESPECIAL: CRIMES CONTRA A PESSOA**. Editora Saraiva, 2021. 9786555590265. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555590265/>. Acesso em: 09 mai. 2022.

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

_____. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940

_____. Supremo Tribunal Federal, Primeira Turma, **Habeas Corpus 124.306 RJ**. Impetrante: Jair Leite Pereira. Pacientes: Edilson dos Santos e Rosemere Aparecida Ferreira. Autoridade Coatora: Superior Tribunal de Justiça. Relator: Ministro Marco Aurélio. Relator para o Acórdão: Ministro Luís Roberto Barroso. Julgamento em: Brasília, 29 de novembro de 2016. Disponível em: [paginador.jsp \(stf.jus.br\)](http://paginador.jsp(stf.jus.br)) – Acesso em: 10 de maio de 2022.

GONÇALVES, Victor Eduardo R.; LENZA, Pedro. Esquematizado - **Direito Penal - Parte Especial**. Editora Saraiva, 2022. 9786555597738. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555597738/>. Acesso em: 09 mai. 2022.

NUCCI, Guilherme de S. **Código Penal Comentado**. Grupo GEN, 2021.
9788530993443. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530993443/>. Acesso em: 07
mai. 2022.

NOVA PROPOSTA DE PARADIGMA PROTETIVO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: a emergência do modelo de direitos humanos

Ana Paula Rodrigues Nalin
Graduanda em Direito – UNESP
ap.nalin@unesp.br

André Luiz Pereira Spinieli
Mestre em Direito – UNESP
andre.spinieli@unesp.br

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, enquanto sujeitos rotulados como socialmente vulneráveis, as pessoas com deficiência estiveram à margem do discurso oficial da cidadania e da possibilidade de acessar os seus direitos humanos em condições de igualdade frente a outros atores sociais (BRAGA; SCHUMACHER, 2013, p. 382). Na medida em que não foram reconhecidas como atores socialmente competentes, as pessoas com deficiência tiveram suas identidades individuais e coletivas limitadas, o que repercutiu diretamente na esfera do exercício de direitos e da legitimação da cidadania (HONNETH; FRASER, 2006, p. 110). Para além das desigualdades, discriminações simbólicas e materiais e dificuldades de articular políticas inclusivas, a construção desse estado de coisas se deve à manutenção de paradigmas de conceituação e formulação de legislações e políticas que atribuíam às pessoas com deficiência o caráter de cidadãos de segunda classe – como subcidadãos (BARTALOTTI, 2006, p. 18). A limitação ao modelo biomédico, responsável por associar a deficiência aos procedimentos médicos e de assistência social, provocou um sentido de medicalização das deficiências e acirrou a segregação social (BARTALOTTI, 2006, p. 18).

Ao passo em que foram verificados avanços na afirmação internacional dos direitos humanos de grupos vulneráveis, também surgiram paradigmas cuja finalidade se volta ao fornecimento de conceituações e mecanismos de proteção às

peessoas com deficiência diversos daqueles que estruturaram a visão biomédica. Como forma de superar esse paradigma e fornecer às pessoas com deficiência melhores índices de igualdade material e inclusão social, alinhada à evolução das temáticas discutidas no âmbito dos estudos sobre deficiência (BONILLA, 2019, p. 75-82; BARNES; MERCER; SHAKESPEARE, 1999, p. 23-51), a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu maior atenção à proteção dessa população, não apenas desconstruindo a ideia biomédica de deficiência, mas também introduzindo paulatinamente em documentos internacionais as premissas do paradigma social. De acordo com esse modelo, que já havia se instalado nos círculos de discussão acadêmica sobre deficiência antes mesmo de sua apropriação pelos tratados e convenções internacionais (SHAKESPEARE; WATSON, 2002, p. 9-28), compreende-se que as dificuldades de acesso aos direitos humanos por parte das pessoas com deficiência estão relacionadas às barreiras e obstáculos posicionados socialmente. Esse paradigma introduz e assimila a deficiência enquanto um conceito que se encontra em constante transformação, de modo que as barreiras externas à deficiência em si funcionam como elementos de limitação dos direitos humanos dessas pessoas (LEITE, 2012, p. 31-37).

Com a entrada em vigor da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, houve não apenas a inauguração de outra era de proteção aos direitos humanos das pessoas com deficiência (DEGENER, 2017, p. 32), mas principalmente o surgimento de uma nova proposta paradigmática para a tutela desse grupo, consistente no modelo de direitos humanos (DEGENER, 2017, p. 32). A concepção filosófico-científica de paradigma indica que, na proporção em que suas bases passam a ser insuficientes para solucionar os problemas relacionados a determinado tempo, o que se denomina "anomalia", então se torna preciso modificá-lo (KUHN, 1997, p. 77-92). A partir de uma abordagem bibliográfica e descritiva, que se vale da análise de textos críticos acerca dos paradigmas de conceituação das pessoas com deficiência e de documentos jurídicos e políticos internacionais, a proposta central deste trabalho é apresentar e discutir a validade do paradigma de direitos humanos, que, como uma proposta recente no direito internacional dos direitos humanos, não possui aprofundamentos teóricos em nível doméstico. Para atingir os objetivos traçados, analisamos a função do paradigma

social na construção de medidas de proteção às pessoas com deficiência e o consequente impacto do reconhecimento do modelo de direitos humanos.

2 CONTRA AS LIMITAÇÕES INDIVIDUAIS: PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O PARADIGMA SOCIAL

Os processos de luta pelo reconhecimento e inclusão social das pessoas com deficiência foram mundialmente reforçados a partir da entrada em vigor da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que se inseriu no contexto do direito internacional dos direitos humanos como resultado das preocupações comuns de entes estatais e organizações internacionais frente às sucessivas violações das garantias fundamentais dessa população. Isso fez com que as dinâmicas reivindicatórias das pessoas com deficiência se tornassem uma tônica nos estudos e na prática de direitos humanos, inclusive com possibilidade de acesso às cortes internacionais para discussão de temáticas nesse sentido (CHARLTON, 2000, p. 89; PASQUALUCCI, 2013, p. 279-280). A importância desse documento não se limitou à proposta de elencar e reconhecer novos direitos às pessoas com deficiência, uma vez que também estabeleceu a necessidade de assegurá-los em uma dimensão prática, tendo como fundamento tanto o princípio da igualdade material e a ideia de reconhecimento de identidades sociais quanto o propósito de alinhar as possibilidades de exercício de direitos entre pessoas com deficiência e sem deficiência. Nesse viés, o direito internacional passou a se orientar de acordo com o paradigma social. As limitações funcionais do corpo e as barreiras impostas pelo ambiente são levadas em consideração para determinar os níveis de inclusão ou exclusão social do indivíduo com deficiência no contexto de uma comunidade política (LEITE, 2012, p. 31-37).

O paradigma social adota como premissa o fato de que a deficiência representa uma construção de um modo de opressão social, que decorre de uma sociedade que torna cotidianamente invisíveis as pessoas com deficiência. A abertura para a afirmação do paradigma social usufruiu de extensa base filosófica em nível internacional, voltada tanto às dimensões da dignidade humana quanto à teorização jurídica e política sobre as ideias de inclusão social, não discriminação,

acessibilidade universal e autonomia como instrumentos necessários ao protagonismo social das pessoas com deficiência (PALACIOS; BARIFFI, 2007, p. 19). A sensibilidade dessa tese está fixada na tentativa de conferir às pessoas com deficiência níveis maiores de autonomia por meio da eliminação de barreiras sociais, a fim de que possam decidir os trajetos da própria vivência e alcançar a equiparação de oportunidades (PALACIOS; BARIFFI, 2007, p. 20). Mais que isso, ela também busca atribuir às pessoas com deficiência o caráter de sujeitos de direito, que devem gozar de respeitabilidade e estima social adequada. Diferentemente do paradigma biomédico, que concebe a deficiência como um problema de saúde passível de medicalização, o modelo social se vincula à afirmação de que as causas responsáveis por originar ou tornar visíveis as deficiências não são questões individuais, mas sociais. Por isso, pode-se afirmar que o paradigma social rompe com orientações teóricas que procuram enxergar e conceber a deficiência como resultado de limitações individuais ou mesmo como um problema para a sociedade (BARNES; MERCER; SHAKESPEARE, 1999, p. 23-51).

A assimilação do paradigma social não representa dizer que o modelo biomédico foi superado e que tampouco está isento de críticas. Na verdade, as tensões do direito internacional dos direitos humanos na contemporaneidade, sobretudo a partir da entrada em vigor de documentos jurídico protetivos das pessoas com deficiência, tem buscado alternativas aos paradigmas clássicos responsáveis pela tutela desse grupo e orientação de políticas e normativas, inclusive identificando insuficiências no modelo social. Esse paradigma tem se mostrado eficaz em relação à conformação de medidas inclusivas para as pessoas com deficiência, uma vez que vai ao encontro de práticas discriminatórias ou excludentes. Além disso, revela-se como um importante mecanismo para modificações sociopolíticas e jurídicas efetivas (ANASTASIOU; KELLER, 2011, p. 773). No entanto, sob determinados ângulos, o paradigma social tem sido tratado como insuficiente para trabalhar os problemas das pessoas com deficiência. Significa dizer que, embora o paradigma social tenha conquistado amplo espaço no âmbito dos estudos sobre deficiência (FERGUSON; NUSBAUM, 2012, p. 70-80), servindo de fundamento para a construção de políticas sociais e legislações protetivas das pessoas com deficiência nos cenários nacional e internacional, atualmente essa categoria tem sido objeto de debate. As principais discussões que

giram em torno do paradigma social não dizem respeito mais aos seus fundamentos, mas sim à dificuldade de responder a todos os problemas que afetam o exercício de direitos humanos pelas pessoas com deficiência.

Há pelo menos três críticas fundamentais ao modelo social. A primeira diz respeito à manutenção do elemento da corponormatividade nas políticas de proteção às pessoas com deficiência, indicando que não houve ruptura satisfatória com o paradigma biomédico. Significa dizer que, apesar de sua introdução enquanto valor-guia para a construção de políticas e legislações protetivas para as pessoas com deficiência, o viés corponormativo, que se aproxima da eleição de padrões hegemônicos funcionais e corporais e abre margem para práticas capacitistas (MELLO; NUERNBERG, 2012, p. 636). A segunda crítica afirma a continuidade das opressões sociais sofridas por membros desse grupo, o que nos revela que é necessária outra abordagem teórica que torne mais nítidos os problemas vivenciados pelas pessoas com deficiência e, como consequência, limite ainda mais os dispositivos discriminatórios. A terceira problemática identificada no âmbito do paradigma social tem como ponto de partida a existência de inadequações na própria base teórica desse modelo, já que a condição de pessoa com deficiência é avaliada exclusivamente por meio de processos que a separa de camadas sociais hegemônicas (OWENS, 2015, p. 385-403). Ao ignorar as experiências corporificadas das pessoas com deficiência, o paradigma social exige alternativas que respondam satisfatoriamente às necessidades desse grupo. É justamente nesse contexto que entra em cena a ideia do paradigma de direitos humanos, formulado no direito internacional e com introduções limitadas no direito brasileiro.

3 EMERGÊNCIA DO PARADIGMA DE DIREITOS HUMANOS: IMPACTOS E TRANSFORMAÇÕES JURÍDICAS

A partir do instante em que a comunidade internacional identificou problemas teóricos e práticos relacionados à construção do paradigma social de pessoas com deficiência, a existência dessas anomalias abriu margem para o reconhecimento de novos modelos responsáveis por conceituar de forma mais

abrangente o grupo, incluindo pessoas com deficiência que vivenciam discriminações interseccionais, e direcionar políticas e normas jurídicas. Como tese substitutiva ao paradigma social, o direito internacional dos direitos humanos tem articulado suas instâncias como forma de reconhecer a existência de um novo modelo protetivo das pessoas com deficiência, consistente na proposta do paradigma baseado em direitos humanos – o *human rights model of disability* (DEGENER, 2017, p. 32-37). Essa vertente adota como ponto de partida a ideia de que a assimilação do paradigma social de deficiência se tornou insuficiente para responder aos problemas do grupo não apenas em relação à tentativa de romper com outros modelos, pautados em grande parte nas práticas de exclusão social, mas também pelo fato de não se preocupar com as experiências vivenciais das pessoas com deficiência, permanecendo em uma dimensão puramente teórica e de combate às barreiras socialmente posicionadas. O triunfo dos documentos internacionais de proteção dos direitos humanos das pessoas com deficiência na contemporaneidade consiste em apresentar mecanismos protetivos desse grupo a partir do paradigma social, sobretudo por meio da construção de um microsistema internacional que dialoga com as medidas legislativas, políticas e sociais internas aos Estados Partes.

Apesar desses avanços, um dos principais desafios identificados na construção de novos paradigmas vinculados às pessoas com deficiência consiste na dificuldade de assimilação desses instrumentos e propostas reformadoras pelos entes estatais e organizações internacionais e domésticas que trabalham diretamente com os direitos dessa população. Essa problemática abre margem para que o argumento segundo o qual o paradigma social é suficiente para organizar a dimensão dos direitos das pessoas com deficiência é suficiente. No entanto, isso não invalida o fato de que o paradigma baseado em direitos humanos tem recebido intensa atenção por parte dos círculos de estudos sobre deficiência. Em realidade, a (r) evolução promovida pelo paradigma baseado em direitos humanos diz respeito à ideia de que as pessoas com deficiência devem ser visualizadas por meio das lentes do reconhecimento social. A leitura dos direitos humanos das pessoas com deficiência sob o ponto de vista do *reconhecimento* garante aos sujeitos sociais espaços livres para que possam exercer a autodeterminação, de modo que essas pessoas passem a ser consideradas moral, política e juridicamente iguais àquelas

que não possuem deficiência. Aliás, a ideia de reconhecimento associada aos direitos humanos dessa população parte do pressuposto de que as construções negativas lançadas sobre as pessoas com deficiência indicam as escolhas públicas sobre quem deve ser reconhecido ou não como sujeito de direitos ou cidadão (HONNETH, 2003, p. 217-218).

Essa medida garante a tais sujeitos a possibilidade de serem tratados como sujeitos de direitos, com possibilidades concretas de exercer e gozar dessas garantias em condição de igualdade com pessoas que não possuem deficiência. O paradigma baseado em direitos humanos foi teoricamente construído por Theresia Degener, que teve um papel ativo nas discussões e negociações voltadas à formação dos novos documentos jurídicos internacionais para a proteção de pessoas com deficiência. Consequentemente, esse modelo não desarticula as políticas e mecanismos forjados no contexto dos outros paradigmas, mas avança para acrescentar ao conteúdo das normativas e propostas de realização dos direitos humanos das pessoas com deficiência um caráter transformador. Assim, ao contrário do paradigma social, que observava a deficiência sob o prisma das barreiras posicionadas nos espaços de convivência das pessoas com deficiência, o modelo baseado em direitos humanos reconhece que a deficiência também deve ser reputada como uma forma autêntica de identidade, o que implica um olhar transversal para as necessidades das pessoas com deficiência e, como consequência, influencia a formulação de normas e políticas protetivas (DEGENER, 2017, p. 35-48).

O paradigma baseado em direitos humanos se aproxima do direito à diferença como forma de promover as cidadanias civil, política e socioeconômica de pessoas com deficiência, demonstrando que, para serem reconhecidas enquanto atores sociais competentes, essas pessoas devem ter acesso à cidadania em suas múltiplas formas (BRUCE *et al.*, 2002, p. 14-15). Podemos dizer então que esse novo modelo se atenta às pessoas com deficiência em uma dimensão que ultrapassa as barreiras sociais e se volta à tentativa de revitalizar a preocupação com os direitos humanos desses sujeitos tanto na esfera estatal quanto em meio à própria sociedade, utilizando os valores da diferença e da dignidade humana como guias favoráveis à construção das políticas sociais e das legislações protetivas. A teorização desse modelo possui similaridades com a perspectiva do

desenvolvimento social inclusivo (*disability-inclusive development*) para pessoas com deficiência, elemento que abrange os princípios de participação social, vedação à discriminação e promoção da acessibilidade como preceitos-base para a inclusão desses sujeitos. Por isso, pode-se afirmar que uma das medidas centrais construídas pelo paradigma baseado em direitos humanos consiste na tentativa de evidenciar a diferença como instrumento para se restaurar o exercício pleno de direitos civis, políticos e socioeconômicos das pessoas com deficiência.

Esse modelo prioriza a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade enquanto protagonistas de uma realidade material em que a igualdade não é apenas uma utopia legal, senão uma possibilidade concreta de realizar direitos humanos. Ainda, o impacto jurídico-social do paradigma baseado em direitos humanos se volta à necessidade de observar como a ausência de respostas estatais e da sociedade civil influenciam a construção da deficiência, objetivando apoiar iniciativas que privilegiem o papel social das pessoas com deficiência em meio às decisões sociopolíticas que lhes afetem. Enquanto o paradigma social procura explicar as deficiências por intermédio das causas sociais, o modelo baseado em direitos humanos recupera o debate da dignidade humana e do direito à diferença, reconhecendo esses elementos como estratégias fundamentais para uma efetiva transformação da condição sociopolítica e jurídica das pessoas com deficiência (DEGENER, 2017, p. 42).

A sustentação teórica do paradigma baseado em direitos humanos para pessoas com deficiência perpassa por diferentes argumentos que têm por finalidade explicar as razões pelas quais os documentos jurídicos e políticos contemporâneos, especialmente em nível internacional, devem adotar essa perspectiva para uma expansão considerável dos direitos humanos das pessoas com deficiência. Para esse modelo, deficiência e incapacidade não podem ser consideradas palavras sinônimas, uma vez que a pessoa com deficiência é um sujeito de direitos. Além disso, ele propõe a inclusão de direitos humanos de caráter civil, político e socioeconômico em seu âmbito, de modo que não se restringe às medidas antidiscriminatórias. Também possui dentre suas características a valorização da deficiência enquanto parte de uma complexa diversidade humana, que deve aceitar diferentes identidades. O paradigma baseado em direitos humanos exige o reconhecimento das questões de identidade das pessoas com deficiência

em uma perspectiva necessariamente interseccional, que permita a visualização de outros marcadores da diferença e das vulnerabilidades que atingem esse grupo, a fim de garantir a construção de políticas públicas efetivas para as pessoas com deficiência ao abrir espaço para a identificação cultural. Ainda, ele reivindica a realização de políticas de prevenção e proteção dos direitos das pessoas com deficiência, sobretudo na esfera da saúde. Enquanto instrumento de política contemporânea, também serve à realização da justiça social (DEGENER, 2017, p. 34-48).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tutela das pessoas com deficiência no direito internacional dos direitos humanos passou por significativas mudanças de paradigmas, cuja finalidade é orientar conceitos e produções legislativas e políticas. A partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, passou-se a discutir alternativas ao paradigma social, destacando-se a possibilidade de um modelo baseado em direitos humanos, que busca demonstrar que a inacessibilidade das pessoas com deficiência aos seus direitos é um problema que decorre da incapacidade estatal e da sociedade civil em ofertar uma transformação efetiva da realidade.

Embora o paradigma social seja utilizado como princípio orientador de normas e políticas, a estruturação do modelo de direitos humanos é essencial para o desenvolvimento da cidadania desses sujeitos. Portanto, conclui-se que a validade transformadora do paradigma de direitos humanos está concentrada principalmente na visualização acerca da importância desempenhada pelas cidadanias civil, política e socioeconômica na vivência das pessoas com deficiência.

Referências

ANASTASIOU, Dimitris; KELLER, Clayton E. International differences in provision for exceptional learners. *In*: KAUFMANN, James M.; HALLAHAN, Daniel P. *Handbook of special education*. New York: Routledge, 2011.

BARNES, Colin; MERCER, Geof; SHAKESPEARE, Tom. *Exploring disability: a sociological introduction*. London: Polity Press, 1999.

BARTALOTTI, Celina Camargo. *Inclusão social das pessoas com deficiência: utopia ou realidade?* São Paulo: Paulus, 2006.

BONILLA, José Mauricio. Paradigmas y modelos sobre la discapacidad: evolución histórica e implicaciones educativas. *Paradigma – Revista de Investigación Educativa*, v. 26, n. 42, p. 75-89, 2019.

BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluísio Almeida. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. *Revista Sociedade e Estado*, v. 28, n. 2, p. 375-392, mai./ago. 2013.

BRUCE, Anna *et al.* *Human rights and disability: the current use and future potential of the United Nations Human Rights instruments in the context of disability*. New York: United Nations Press, 2002.

CHARLTON, James. *Nothing about us without us: disability oppression and empowerment*. California: University of California Press, 2000.

DEGENER, Theresia. A human rights model of disability. In: BLANCK, Peter; FLYNN, Eilionóir (Orgs.). *Routledge Handbook of Disability Law and Human Rights*. Nova York: Routledge, 2017.

FERGUSON, Philip M.; NUSBAUM, Emily. Disability studies: what is it and what difference does it make? *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, v. 37, n. 2, p. 70-80, 2012.

FRASER, Nancy; HONNETH, Axel. *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. London: Verso, 2003.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Trad. Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1997.

LEITE, Flávia Piva Almeida. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: amplitude conceitual. A busca por um modelo social. *Revista de Direito Brasileira*, v. 3, n. 2, p. 31-53, 2012.

MELLO, Anahí Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Revista de Estudos Feministas*, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012.

OWENS, Janine. Exploring the critiques of the social model of disability: the transformative possibility of Arendt's notion of power. *Sociology of Health and Illness*, v. 37, n. 3, p. 385-403, 2015.

PALACIOS, Agustina; BARIFFI, Francisco. *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca, 2007.

PASQUALUCCI, Jo M. *The practice and procedure of the Inter-American Court of Human Rights*. 2. ed. South Dakota: University of South Dakota, School of Law, 2013.

SHAKESPEARE, Tom; WATSON, Nicholas. The social model of disability: an outdated ideology? *Journal of Research in Social Science and Disability*, v. 2, n. 1, p. 9-28, 2002.

O ENVELHECIMENTO E SUAS DEMANDAS: como se preparar para essa fase da vida

Sara Gabriela Domingos dos Reis Lourenço
Graduando em Enfermagem – Uni-FACEF
saragabrielalourenco@gmail.com

Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Doutora em Ciências – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é fruto da transição demográfica, um fenômeno que acomete populações de todo o mundo e caracteriza-se pela diminuição da taxa de fecundidade, declínio da taxa de mortalidade nas idades avançadas e o aumento da expectativa de vida. Tal fenômeno tem sido observado há tempos em países desenvolvidos e tem ocorrido de modo vertiginoso nos países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2007; ARAÚJO et. al., 2006; MIRANDA et. al., 2016) .

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que, em 2025, existirá aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas acima de 60 anos no mundo e que até 2050 esse número se elevará para 2 bilhões. Nesse cenário, o Brasil será o sexto país mundial em número de idosos, com cerca de 33,4 milhões no ano de 2025. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram que, em 2010, entre os 190 milhões de brasileiros, 18 milhões eram idosos , dos quais mais de 5 milhões só na região Nordeste. Esses números evidenciam a tendência de crescimento da população idosa, que, de acordo com Veras, tornam o Brasil um “jovem país de cabelos brancos” (IBGE, 2013).

Segundo Camarano (2008), “o envelhecimento da população implica uma maior exposição da população a doenças degenerativas com conseqüente perda de autonomia e independência”. Sob a ótica da saúde pública, a preocupação com a incapacidade se deve ao intenso ritmo de envelhecimento da população brasileira, aliado ao baixo nível socioeconômico desses idosos e à alta prevalência de doenças crônicas com potencialidade para torná-los dependentes. A determinação das

condições de saúde da população idosa deve considerar o estado de saúde não apenas como a ausência de doença, mas sempre levar em conta um nível satisfatório de independência funcional. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois, segundo Perracini e Fló (2009), “trata da interação entre as capacidades físicas e psic53ognitiva para a realização de atividades no cotidiano”.

A manutenção da capacidade funcional deve, em conjunto com a necessidade de autonomia, cuidado e participação social, nortear o bojo das discussões no que tange à elaboração das políticas públicas voltadas para a pessoa idosa. Sendo assim, os órgãos de saúde devem ter como metas na assistência à saúde do idoso manter e recuperar a autonomia, prevenir e diminuir a mortalidade por causas previsíveis e promover atenção curativa, visto que é impossível desacelerar o processo de envelhecimento (MARCHON; CORDEIRO; NACANO, 2010).

A identificação e o entendimento dos determinantes e dos fatores etiológicos do envelhecimento saudável – sejam eles relacionados às condições e desigualdades socioeconômicas, características individuais (biológicas, psicológicas, genéticas) e comportamentais, ambiente físico, acesso e utilização de serviços de saúde, ademais das diferenças culturais e de gênero tornam-se fundamentais para subsidiar o planejamento de políticas de atenção à saúde da população idosa (CONFORTIN et al., 2017).

Segundo o Estatuto do Idoso e a lei 10048/00 idoso é considerado aquele com idade igual ou superior a 60 anos em nosso país, visto que em países desenvolvidos a consideração é de 65 anos, o Projeto de Lei 5383/19 altera a legislação vigente e solicita que o atendimento prioritário passe a ser igual ou superior a 65 anos também no território (BRASIL, 2019; BRASIL, 2000).

Estudos identificaram características sociodemográficas e assistenciais que indicam vulnerabilidades em idosos dependentes, cuidadores familiares e formais como sexo, escolaridade e condição socioeconômica. Ser do sexo feminino está associado a maior taxa de dependência na velhice, bem como a baixa escolaridade e condição socioeconômica associam-se à perda da capacidade física e funcional precoce (CECCON, et. al., 2020).

Concomitante ao processo do envelhecimento, pensa-se sobre o conceito de saúde, uma vez que a grande parte das pessoas idosas convive com uma ou mais doenças crônicas e, conseqüentemente, faz uso de medicamentos para tais condições. O ponto central da atenção à saúde da pessoa idosa é a autonomia, a qual constitui-se como elemento determinante de vida saudável para o idoso. "*Envelhecimento saudável... passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica*" (Ramos, 2003, p.794). Uma rede de apoio social para a pessoa idosa contribui positivamente para seu envelhecimento à medida que lhe oferece suporte social, ou seja, capacidade de suprir as necessidades e demandas existentes no contexto do envelhecimento (TAVARES et.al., 2017). Além disso, o suporte social tem o papel de integrar o idoso na sociedade, minimizando riscos de exclusão e marginalização social não somente por meio das redes de apoio mas também por meio da garantia de efetivação das políticas públicas voltadas à saúde e ao cuidado da pessoa idosa (BRITO et. al., 2018).

Além das alterações no campo da saúde pública e da dinâmica dos serviços de saúde, o envelhecimento populacional implica também em mudanças familiares; afinal, as famílias também envelhecem, e uma prova disso é o crescente número de domicílios com convivência de várias gerações. A velhice, ao diminuir a capacidade de adaptação do organismo do idoso em relação ao meio que o cerca, conduz esse indivíduo ao aumento da dependência do ambiente familiar, cuja caracterização é de um lugar estável e seguro. Além da preferência do idoso pelo cuidado doméstico, não é comum no Brasil a prática institucional do cuidado, tendo em vista que a tarefa de amparar esses indivíduos recai quase que exclusivamente sob os ombros dos familiares. A família então busca uma nova organização entre seus membros, que, por meio da coresidência, relacionam-se de forma mútua na busca do bem-estar coletivo (CAMANARO, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Domicílios de 1998, 64% dos idosos eram referência financeira no domicílio, o menor nível de renda foi mais frequente entre as mulheres, os maiores de 75 anos, aqueles com menor escolaridade e os que moravam sozinhos (LIMA-COSTA et al., 2003). Mediante a Lei Orgânica da Assistência Social, o idoso que não possui recursos para a sua sobrevivência, ou cuja família não intervenha na sua manutenção, tem o direito a um salário-mínimo

mensal como benefício (BRASIL, 2007).

Horta et. al. (2010) acrescentam a importância do papel da família e sociedade no sentido de acolher, compreender e respeitar as demandas que a senilidade acarreta, a fim de contribuir para um envelhecimento cada vez mais saudável e ativo. Chiossi e Santos (2011) apontam que é fundamental o idoso viver em um imóvel que minimize riscos de acidentes domésticos, como quedas.

Diante disso, compreende-se que a terceira idade requer cuidados específicos que podem acarretar em demandas de natureza biopsicossocial e econômicas. Segundo Nigro (2018), esse período pode ser um momento de tranquilidade socioeconômica e psicossocial, à medida que as pessoas se preparam previamente para a fase da velhice. Refletir previamente sobre o tema e tomar decisões ainda na idade juvenil ou adulta pode contribuir para uma organização eficaz e com baixos custos. Concentrar esforços para promover uma poupança financeira para o idoso pode ser uma boa opção para suprir necessidades inesperadas.

Pensando na saúde da pessoa idosa em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando a garantia dos direitos desta população, readequando projetos, programas e atividades, regulamentando os princípios e diretrizes do SUS, como universalidade e integralidade, mesmo enfrentando dificuldades de financiamentos das ações propostas. (BRASIL, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento pode acarretar em demandas de diferentes naturezas para o idoso, família e sociedade sendo elas psicossociais, socioeconômicas e de saúde. Conhecer as principais necessidades da pessoa idosa, compreender as possíveis formas de atuação pessoal, familiar e profissional frente aos desafios encontrados na fase da velhice, bem como conhecer as políticas públicas direcionadas a essa população é fundamental para assegurar um envelhecimento digno e com garantia de direitos.

A compreensão sobre como esse grupo populacional percebe e se prepara para a fase da velhice pode proporcionar reflexões sobre a importância de um

planejamento econômico que antecipe emergências que possam surgir a curto, médio e longo prazos, contribuindo assim para melhor qualidade de vida por meio da efetivação de políticas públicas voltadas à pessoa idosa e da sensibilização da sociedade sobre o tema.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar a frequência de idosos que realizaram planejamento financeiro, familiar, psicológico e/ou estrutural para essa nova fase da vida.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico dos idosos que realizam ou realizaram planejamento para a fase da vida;
- Compreender as principais dificuldades identificadas pelos idosos com relação a esse planejamento;
- Conhecer as principais estratégias de planejamento adotada pelos idosos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo De Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. Amostragem por conveniência considerando o número de idosos que frequentam o Centro de Convivência do Idoso (CCI) Lions Club em Franca-SP.

4.2 Local De Estudo

Esse estudo possui como cenário de pesquisa o município de Franca-SP e será realizado no Centro de Convivência do Idoso (CCI) Lions Club em Franca-SP.

4.3 População De Estudo

Pessoas com 60 anos ou mais que frequentam regularmente as atividades realizadas no Centro de Convivência do Idoso (CCI) Lions Club.

4.3.1 Critérios De Inclusão E Exclusão

Serão elegíveis para participar do estudo:

- Idosos que frequentam regularmente as atividades desenvolvidas no CCI;
- Com idade igual ou superior a 60 anos;

Serão excluídos do estudo:

- Idosos com deficiência visual e/ou intelectual ou com qualquer tipo de demência.

4.3.2 Procedimento de Coleta de Dados

Os participantes responderão a um formulário que contempla as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, profissão, estado civil, comorbidades, medicamentos em uso) e também as perguntas referentes ao planejamento financeiro, familiar, psicológico e/ou estrutural para essa nova fase da vida, bem como as principais dificuldades enfrentadas pelos idosos com relação a esse planejamento.

No período compreendido de junho de 2022 todos os idosos que frequentam regularmente as atividades do CCI serão convidados a participar da pesquisa e os participantes que preencherem os critérios de inclusão e concordarem em participar da pesquisa, preencherão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - ANEXO 1-, e em seguida responderão ao formulário - APÊNDICE 1.

4.4 Tamanho Amostral

O tamanho da amostra será estabelecido de acordo com o número de idosos que aceitarem participar da pesquisa durante o período de coleta dos dados (junho de 2022). Portanto, trata-se de uma amostra não probabilística (por conveniência).

4.5 Tratamento E Análise De Dados

Os dados coletados serão analisados através do programa *Statistics 12.0*. Serão utilizadas técnicas de estatística descritiva: medidas de frequência absoluta e frequência relativa para as variáveis categóricas e medidas de posição (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão) para as variáveis numéricas. Serão realizados estudos de prevalências, utilizando o teste do E Qui- quadrado, sendo $P < 0,001$.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Riscos e desconfortos

Estão previstos mínimos na realização dessa pesquisa como o desconforto para responder às perguntas.

Benefícios

A entrevista pode, eventualmente, ser um estímulo aos participantes pela busca do conhecimento sobre planejamento para a fase da velhice após entrar em contato com as perguntas do formulário.

6 RESULTADOS ESPERADOS

Por meio deste estudo espera-se identificar o número de idosos que realizam ou realizaram algum tipo de planejamento para essa fase da vida, bem como suas características sociodemográficas.

Na população idosa sua visão quanto o processo envelhecer, e despertar o desejo de se organizar para esta fase da vida, através de planejamento prévio nos aspectos financeiro, familiar, psicológico e estrutural, compreendendo a importância das ações.

A partir da compreensão das dificuldades enfrentadas pelos idosos em realizarem esse planejamento, espera-se com essa pesquisa, despertar nos idosos a importância de se organizarem para as etapas do processo de envelhecimento, além de sensibilizar seus familiares no sentido de contribuírem e se envolverem nesse processo.

Além disso, a partir da identificação das estratégias de planejamento adotadas pelos idosos e suas famílias, comparando com dados encontrados em literatura científica já publicadas, espera-se compartilhar entre eles essas diferentes estratégias, a fim de diversificar as maneiras de se planejarem.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os idosos que participarem da pesquisa e seus familiares poderão entrar em contato com informações desconhecidas sobre os direitos da pessoa idosa bem como estratégias de preparação para o processo do envelhecimento, o que pode qualificar as formas de enfrentamento aos desafios vivenciados nessa fase da vida.

Além disso, as pessoas que entrarem em contato com essas informações poderão servir como multiplicadores de informações técnicas e científicas acerca do processo de envelhecimento e as melhores formas de se vivenciar essa fase da vida para que seja o mais digna e de qualidade possível para cada indivíduo.

Portanto, tais contribuições podem abranger não somente idosos e familiares, mas também toda a equipe que atende esses idosos no CCI Lions. Esta pesquisa também poderá contribuir para o meio acadêmico a partir de dados complementares sobre a temática envelhecimento, os quais podem proporcionar informações atualizadas, aumentando e qualificando assim as publicações científicas.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, S et al . Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 10, n. 19, p. 203-216.

BRASIL. Lei no 10.048, de 8 de novembro de 2000. Planalto. Prioridade de atendimento às pessoas. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA NÚMERO 2528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.

BRASIL. Projeto de lei no 5.383, de 2019. Projeto muda de 60 para 65 anos de idade para a pessoa ser considerada idosa, Mato Grosso do Sul, PL, 2019.

BRITO, T et al . Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 21, supl. 2, e180003, 2018.

CAMANARO AA. Cuidados de longa duração para a população idosa. Sinais Sociais. 2008;3(7):10-39.

CAMANARO AA, editor. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

CONFORTIN, Susana Cararo et al . Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 26, n. 2, p. 305-317, jun. 2017.

CHIOSSI, D; SANTOS, M. Casa segura para o idoso. Consaude, 2011. Disponível em: <http://www.consaude.org.br/wp-content/uploads/2011/09/casa-segura-para-idoso.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Disponível em: www.ibge.gov.br.

HORTA, A et. al. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Brasília, v. 63, n. 4, p 523-528, jul-ago. 2010. REBEN.

LIMA-COSTA, M; BARRETO, S; GIATTI, L; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública, v.19, n.3, p.745-58, 2003.

MARCHON RM, CORDEIRO RC, NAKANO MM. Capacidade funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2010;13(2):178-89.

MIRANDA, G et. al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p 507-519. 2016. RBGG.

NIGRO, T. Do mil ao milhão: sem cortar o cafezinho. 3 ed. Rio de Janeiro: Harper Collins, 2018. 224 p.

PERRACINI MR, FLÓ CM. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

RAMOS, L. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, v.19, n.3, p.793-8, 2003.

TAVARES, R et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Rev. bras. geriatr. gerontol.v. 20, n. 0, Nov-Dec 2017.

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: um olhar crítico assistencial

Jaqueline de Queiroz Lima
Graduanda em Enfermagem - Uni-FACEF
jaky2019lima@gmail.com

Marcia Aparecida Giacomini
Professor, Mestre em Promoção de Saúde – Uni-FACEF
marciagiacomini@facef.br

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão essencial, presente em todos os municípios, fortemente inserida no SUS e com atuação nos setores público, privado, filantrópico e de ensino, considerada central na estrutura das profissões de saúde, no Brasil e no mundo. Representa a maior categoria profissional do campo da Saúde no Brasil, onde se organiza de forma peculiar, tendo na sua estrutura interna três categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem (SILVA; MACHADO, 2020).

Inserida nas instituições de saúde, enquanto componente da equipe multiprofissional, a enfermagem é a categoria que passa mais tempo com o usuário, responsável pelo cuidado direto e indireto, entre outras atribuições e, de acordo com Silva e Machado (2020), atua nas várias dimensões da saúde, seja na assistência, na prevenção e promoção da saúde, na reabilitação, presente em todas os ciclos da vida, do nascer ao morrer, o que confere a ela a noção sociológica, de essencialidade no âmbito das profissões.

Apesar de ser essencial, os profissionais se expõem a condições de trabalho extenuante, às vezes com carga horária extensa e cansativa, com recursos humanos reduzidos, submetidos à pressão para o alcance de metas e objetivos institucionais, exposição a agentes biológicos e químicos, que podem ser fatores para o estresse no trabalho (SILVA et al., 2016).

O trabalho em saúde expõe os profissionais a riscos biológicos, químicos, ergométricos, físicos e psicológicos (ANVISA, 2016) e há elementos do

processo de trabalho que atuam e interagem com o corpo do trabalhador, produzindo processos de adaptação que podem resultar em desgastes, conhecidos como cargas de trabalho, resultando em adoecimento do profissional (CARDOSO et al., 2011), e as cargas de trabalho fisiológicas, biológicas, mecânicas e psíquicas são as mais prevalentes no adoecimento dos profissionais de enfermagem (SANTANA et al., 2013).

A falta de espaço físico, salas apertadas, que dificultam a circulação e o descanso, falta de equipamentos, ausência de manutenção, trabalho em pé e desconforto aos membros inferiores, são fatores relevantes para a caracterização das cargas físicas de trabalho. Já para as cargas de trabalho psíquicas são identificados desgastes por agressão, física ou não, trabalho robotizado, trabalho monótono e repetitivo, exigência constante de extrema atenção, trabalho acelerado, comunicação falha, relacionamentos interpessoais difíceis, na equipe e fora dela (SILVA, 2013).

Os profissionais recém inseridos na profissão podem sofrer mais as consequências de cargas horárias extensas, pela menor experiência e, por estar aprendendo a conviver com as frustrações que a profissão pode proporcionar (ROSA, CARLOTTO, 2005; PACHOALINI et al., 2008).

Por conseguinte, podem surgir transtornos mentais como depressão, ansiedade e síndrome de Burnout, doenças psicossomáticas, ideação suicida, desencadeadas pelo estresse no trabalho, pressões por acúmulo de tarefas, carga horária de trabalho excessivas, remuneração inadequada, desesperança, infelicidade, sentimentos com relação a mudanças sociais, inexperiência, incapacidade, treinamento inadequado e falta de conhecimento para a realização das intervenções de enfermagem e seus riscos (SILVA et al., 2016).

Há tempos se evidencia a associação das más condições de trabalho com a qualidade da assistência ofertada (ROSA; CARLOTTO, 2005), bem como com saúde e qualidade de vida do trabalhador (FERNANDES, 1996), salientando-se que é impossível oferecer qualidade nos serviços, se aqueles que o produzem não tem qualidade de vida no trabalho (ELIAS; NAVARRO, 2006; FELLI; TRONCHIN, 2010). Para ofertar saúde há que se estar com saúde.

Entre os trabalhadores da saúde, os profissionais de enfermagem estão no grupo dos mais propensos aos problemas de saúde mental, destacando-se a depressão e o risco de suicídio, porque lidam com o sofrimento humano, a dor, a alegria, tristeza e necessitam ofertar ajuda àqueles que necessitam de seus cuidados (SILVA et al., 2015).

Nos últimos anos, vem aumentando relatos de casos de profissionais de enfermagem que sofrem com tentativas de autoextermínio ou a consumação de fato, alguns, inclusive, durante a jornada de trabalho, mobilizando os conselhos de classe, Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e, Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que iniciaram estudo sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem no país (COFEN, 2019).

Faz-se necessário investir na melhoria das condições de trabalho, na implementação de novos protocolos institucionais e revisão de políticas públicas, que visem a utilização da comunicação efetiva, humanização no trabalho, capacitação da equipe, entre outras ações, que podem ser definidas de acordo com a realidade de cada local (LOPES; RIBEIRO; MARTINHO, 2012).

Pensando na justaposição das dimensões do trabalho do enfermeiro, cuidar e gerenciar, quando atua na dimensão gerencial, desenvolve ações voltadas para a organização do trabalho e dos recursos humanos cujo propósito é viabilizar as condições adequadas, tanto para a oferta do cuidado ao paciente, como para a atuação da equipe de enfermagem (MORORÓ et al., 2017). Nesse sentido, acredita-se que, ao desenvolver a gestão do cuidado, o enfermeiro pode contribuir com a melhoria das condições de trabalho, e conseqüentemente, com a própria saúde mental e da equipe.

Diante disso, emergiram as seguintes questões: quais os motivos do adoecimento mental da equipe de enfermagem continuar progredindo no ambiente de trabalho? Como melhorar a saúde mental dos profissionais de enfermagem por meio da gestão do cuidado?

Entende-se ser relevante e urgente abordar tal temática, por isso este estudo busca contribuir agregando conhecimentos ao responder essas perguntas a nível local. O presente estudo teve como objetivo analisar como enfermeiros,

auxiliares e técnicos de enfermagem, atuantes na rede de atenção à saúde no município de Franca, percebem a saúde mental dos profissionais de enfermagem.

2 METODOLOGIA

Foi desenvolvido estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, por meio da aplicação de instrumento estruturado, a profissionais de enfermagem que atuam em instituições hospitalares públicas e privadas, unidades básicas de saúde, pronto socorro, unidades de pronto atendimento no município de Franca, interior do Estado de São Paulo. Foram estabelecidos os critérios de inclusão para participar do estudo, profissionais da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), de ambos os sexos que atuam há pelo menos um ano na área, com vínculo empregatício em instituições de saúde no município de Franca, e foram excluídos profissionais afastados de suas atividades laborais por qualquer motivo, profissionais em férias, aposentados.

O instrumento de pesquisa foi desenvolvido pela pesquisadora em plataforma eletrônica gratuita, *Google forms*, após revisão da literatura atualizada, submetido a validação de face e conteúdo por três juízes especialistas na temática, por meio de *link* fornecido por *Whatsapp*, após convite com apresentação do estudo e aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento final contemplou dez (10) questões objetivas de múltipla escolha para caracterização do participante na primeira parte e quinze (15) questões de múltipla escolha na segunda parte, que abordava a temática do estudo.

Os profissionais de enfermagem foram convidados a participar, mediante apresentação do estudo por meio de *Whatsapp* a um profissional pertencente a cada uma das categorias profissionais de enfermagem com a solicitação para ampla divulgação entre os contatos de colegas de profissão.

A aplicação do instrumento realizou-se por plataforma eletrônica (Google Forms), enviado aos participantes por meio de link via *Whatsapp*, o participante recebeu o convite de participação esclarecendo os objetivos do estudo, juntamente com link de acesso onde constava o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido e o instrumento em caso de aceite. Ao clicar no link, o participante era direcionado imediatamente a uma página da web, que apresentava o TCLE. A leitura e concordância com o TCLE, era condição para abertura do instrumento e participação no estudo, e ao finalizar as respostas, o TCLE e o instrumento respondidos, ficaram armazenados na plataforma eletrônica, que já disponibilizou análise prévia com percentual de respostas em cada questão, em seguida foi gerada planilha em Excel e os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento da Resolução 466/12, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca, sob o número CAAE 31190220.5.0000.5384.

3 DESENVOLVIMENTO

Retornaram preenchidos trinta e um (31) instrumentos, porém três (03) foram excluídos devido os participantes não atenderem aos critérios de inclusão no estudo, possuíam menos de um ano de atuação na área e um (01) participante respondeu o instrumento duas vezes, assim foi excluído um conjunto de respostas. Portanto participaram do estudo, vinte e sete (27) profissionais de enfermagem, sendo 20 (74,1%) técnicos de enfermagem, 5 (18,5%) enfermeiros e 2 (7,4%) auxiliares de enfermagem. A média de idade dos participantes foi de 41 anos, com variações entre 21 e 62 anos. Quanto ao gênero, 5 (18,5%) declaram-se como masculino e 22 (81,5%) declaram-se como feminino. No que se refere ao estado civil, 13 (48,1%) estavam casados, 10 (37%) solteiros e 4 (14,8%) estavam separados/divorciados. Em relação ao tempo de exercício profissional, 14 (51,8%) exercem a profissão há mais de dezesseis anos, 13 (48,2%), têm entre um e quinze anos de exercício profissional.

Quanto ao turno de trabalho, 14 (51,8%) trabalham no período noturno, e como alguns profissionais trabalham em mais de um serviço de saúde, o instrumento possibilitava assinalar mais de uma resposta, por isso há profissionais trabalhando por escalas de revezamento em outros turnos como matutino, 12 (44,4%) e 12 (44,4%) vespertino ou escalas de 12 horas por 36 horas diurnas.

A baixa remuneração da categoria leva alguns profissionais a trabalhar em mais de um emprego, as jornadas duplas os expõem a mais riscos e situações de estresse no trabalho (SILVA et al., 2015).

Foi possível contar com a participação de profissionais que atuam em instituições hospitalares públicas e privadas, unidades de atenção primária, além de unidades de pronto atendimento, SAMU, Pronto Socorro, saúde mental, secretaria de saúde e ensino.

Tabela 01 – Área de atuação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27). Franca, 2020

	Questão	Qual a sua área de atuação ou setor de trabalho	
(n=27)*	Área de atuação ou setor de trabalho	Ala de internação clínica ou cirúrgica	3 -11,10%
		Pediatria	1 -3,70%
		UTI Adulto	2 (7,4%)
		Maternidade	1 (3,7%)
		Ambulatório	1 -3,70%
		Emergência	19 -70,40%
		Outros **	7 -25,90%

Fonte: próprio autor, 2020 *possibilidade de selecionar mais de uma alternativa; ** Home care, setor de regulação de vagas, área administrativa, atendimento domiciliar, UBS, saúde mental e docência.

Tabela 02 - Percepção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27) em relação à saúde mental dos profissionais de enfermagem. Franca, 2020

Questão	Sim	Não	Não sei ou não tenho opinião formada
Você acredita que seu trabalho, no geral, contribui para a melhora da sua saúde mental?	14 (51,9%)	11 (40,7%)	2 (7,4%)
Você acredita que o seu trabalho, no geral, pode contribuir para o adoecimento mental do profissional de enfermagem?	25 (92,6%)	2 (7,4%)	0 (0%)
Você conhece profissionais de enfermagem que sofreram por adoecimento mental?	24 (88,9%)	3 (11,1%)	0 (0%)
Você conhece algum colega de trabalho que apresenta ou apresentou algum sofrimento emocional ou comprometimento da saúde mental?	26 (96,3%)	1 (3,7%)	0 (0%)
Você conhece algum colega de trabalho com histórico de tentativa de suicídio? (Não considerar aqueles que após várias tentativas alcançaram o suicídio)	20 (74,1%)	7 (25,9%)	0 (0%)
Você já trabalhou com algum colega que se suicidou?	12 (44,4%)	15 (55,6%)	0 (0%)
No seu trabalho existe algum profissional de enfermagem afastado por problemas de saúde mental?	11 (40,7%)	11 (40,7%)	5 (18,5%)
“O suicídio é multifatorial, mas é inegável que o estresse em local de trabalho, as agressões e a sobrecarga gerada pela jornada excessiva estão relacionadas ao adoecimento do profissional. O fator condições de trabalho é dentre os fatores do contexto laboral o que mais contribui para o adoecimento do trabalhador de enfermagem (SOUSA et al., 2018)”. Você concorda com essa afirmação?	25 (92,6%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)

Fonte: próprio autor, 2020

A maioria dos profissionais de enfermagem participantes deste estudo declararam conhecer ao menos um profissional de enfermagem que apresentou qualquer sofrimento mental, inclusive com tentativa de suicídio, e 12 em relação ao

total (44,4%) já trabalharam ao lado de profissionais que alcançaram sua consumação.

No presente estudo, os profissionais de enfermagem perceberam o local de trabalho e o exercício profissional como influenciador, tanto de promoção de saúde como de adoecimento mental, ressaltando-se para as condições em que eles são ofertados.

Estudos brasileiros evidenciam que as pressões sofridas de diferentes formas pelos profissionais de enfermagem no ambiente laboral, as jornadas duplas e as más condições de trabalho associadas ao modo de enfrentamento do trabalhador, a baixa remuneração e a violência que leva ao estresse e à depressão, são causas de adoecimento no trabalho (SILVA et al., 2016; FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018).

Na linha de frente do atendimento, os profissionais de enfermagem enfrentam situações de violência física, verbal e psicológica. Menos de 30% dos profissionais de enfermagem se sentem seguros em seus ambientes de trabalho, segundo dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO et al., 2017).

Tabela 03 - Percepção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27) em relação à própria saúde mental. Franca, 2020

Questão	(n=27)				
	Percepção a própria saúde mental				
	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como você considera a sua saúde mental?	1 (3,7%)	1 (3,7%)	10 (37%)	11 (40,7%)	4 (14,8%)

Fonte: próprio autor, 2020

De modo geral, a maioria dos profissionais participantes desse estudo se consideram saudáveis emocionalmente, embora mais de 40% estejam considerando sua saúde mental com algum comprometimento.

Tabela 04 - Percepção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27) em relação ao seu adoecimento mental em decorrência do trabalho. Franca, 2020.

Questão	(n=27)		
	Percepção ao próprio adoecimento mental		
	Sim	Não	Não sei
Em algum momento você já adoeceu, emocionalmente ou psiquicamente, por conta do seu trabalho, considerando o todo?	11 (40,7%)	14 (51,9%)	2 (7,4%)

Fonte: próprio autor, 2020

Dos onze profissionais que em algum momento já adoeceram, 3 (11,1%) apresentaram depressão, 6 (22,2%) foram diagnosticados com transtorno de ansiedade, 1 (3,7%) com Transtorno misto depressivo e ansioso com predominância de síndrome de pânico, e 1 não soube informar.

Tabela 05 - Percepção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27) em relação aos motivos que podem levar um profissional de enfermagem a tentar o suicídio. Franca, 2020.

Questão	Na sua opinião o que levaria um profissional de enfermagem a tentar o suicídio?	
(n=27) Percepção ao próprio adoecimento mental	Problemas pessoais	19 (70,4%)
	Dificuldades de enfrentamento das situações de vida	16 (59,3%)
	Transtornos mentais preexistentes	13 (48,1%)
	Pressões sofridas de diferentes formas no ambiente de trabalho	16 (59,3%)
	Facilidade de acesso a medicações e materiais cortantes	8 (29,6%)
	Jornadas duplas de trabalho, baixa remuneração e assédio moral	23 (85,2%)
	Vínculo excessivo com pacientes	5 (18,5%)
	Problemas financeiros	15 (55,6%)
	Outros**	1 (-3,70%)

Fonte: próprio autor, 2020 *possibilidade de selecionar mais de uma alternativa; .
** acredita na existência transtorno mental prévio

Cabe destacar que jornadas duplas de trabalho, baixa remuneração e o assédio moral, pressões sofridas de diferentes formas no ambiente de trabalho emergiram como potenciais gatilhos que poderiam comprometer a saúde mental dos profissionais, além de problemas pessoais e dificuldades de enfrentamento das adversidades da vida.

Achados que corroboram com a literatura, onde se constatou que ambiente de trabalho, conflitos familiares, conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, estresse, falta de autonomia profissional, carga horária, remuneração e sobrecarga no trabalho são fortes fatores que levam a depressão (SILVA, et al., 2015).

Chama a atenção que poucos profissionais considerem o vínculo excessivo com pacientes como causa de adoecimento mental no trabalho. Outro estudo ressalta que o enfermeiro, por envolver-se em atividades que despertam emoções e sentimentos de natureza psíquica e afetiva, pode estar propenso ao sofrimento e adoecimento mental (SERRA apud FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Tabela 06 – Percepção de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27) em relação aos sinais e sintomas das duas últimas semanas. Franca, 2020.

Questão		Nas duas últimas semanas você sentiu algum dos sintomas listados?	
(n=27)	Percepção ao próprio adoecimento mental	Tristeza	9 (33,3%)
		Interesse e prazer diminuído	11 (40,7%)
		Agitação	6 (22,2%)
		Irritabilidade	18 (66,7%)
		Diminuição ou aumento do apetite	11 (40,7%)
		Fadiga ou perda da energia	12 (44,4%)
		Desesperança ou culpa excessiva	6 (22,2%)
		Insônia ou hipersonia	9 (33,3%)
		Pensamentos recorrentes de morte	1 (3,7%)
		Diminuição da capacidade de se concentrar	12 (44,4%)
Outros*	5 (18,5%)		

Fonte: próprio autor, 2020 *possibilidade de selecionar mais de uma opção

Pode-se perceber que a irritabilidade emerge como sintoma em 18 (66,6%) dos profissionais, seguido da fadiga e falta de energia 12 (44,4%) e dificuldade de concentração 12 (44,4%).

Esses sintomas podem estar relacionados à síndrome de Burnout, em seu primeiro estágio, classificado como exaustão emocional. Quando o indivíduo não se sente capaz de oferecer recursos suficientes a outras pessoas, sentindo-se cansado constantemente, irritado, propenso a maior riscos de acidentes, são evidentes sinais de depressão assim como de ansiedade, uso exacerbado de álcool, cigarros e outras drogas, doenças de adaptação ou psicossomáticas. (SILVA et al., 2016).

Isso pode sinalizar que parte dos profissionais participantes do estudo podem estar manifestando sintomas do primeiro estágio da síndrome de Burnout, o que exigiria ações para que o quadro não se agrave, por parte dos próprios profissionais e dos gestores em seus locais de trabalho.

No segundo estágio da Síndrome de Burnout a pessoa pode ser despersonalizada provocando atitudes insensíveis e negativas em relação a outras pessoas. Quando o profissional possui uma avaliação negativa sobre si mesmo, está propenso a avançar para outro estágio (3º) da síndrome, caracterizado pela diminuição da realização e produtividade profissional. A última fase (4º estágio) caracteriza-se pelo esgotamento, depressão, ausência do prazer em viver, tristeza nos pensamentos, ideias de formas de morrer que pode culminar com a consumação do suicídio (SILVA et al., 2016).

Levando em consideração que a maioria dos profissionais relataram se sentir irritado nas duas últimas semanas e que essas mesmas pessoas estão expostas a constantes variáveis e desgastes em seus locais de trabalho, podemos inferir que além de estarem iniciando o primeiro estágio da Síndrome de Burnout, podem estar mascarando uma possível depressão.

Outro estudo evidencia que 44% dos enfermeiros são frequentemente interrompidos durante o exercício do seu trabalho, sendo que 37% precisam reorganiza-lo, muitas vezes precisando voltar ao início, causando em 26% uma sensação de sobrecarga do trabalho (MAGALHÃES et al., 2012), o que pode

explicar os 44,4% de respostas neste estudo para a diminuição da capacidade de se concentrar, sendo este mais um sintoma da depressão (SILVA et al., 2016).

Tabela 07 – Opinião de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (n=27) em relação a estratégias para melhorar a saúde mental do profissional de enfermagem. Franca, 2020.

Questão	Na sua opinião, o que ajudaria a melhorar a saúde mental do profissional de enfermagem?		
(n=27)*	Percepção das intervenções de melhoria da saúde mental do profissional de enfermagem	Oportunizar assistência psicológica / psiquiátrica aos profissionais	20 (74,1%)
		Participação dos profissionais em terapia de grupos	12 (44,4%)
		Salas que promovam relaxamento no local de trabalho	14 (51,9%)
		Modelos de gestão mais participativos	12 (44,4%)
		Promover ambiente de trabalho harmonioso	21 (77,8%)
		Outros**	3 -11,10%

Fonte: próprio autor, 2020 *possibilidade de selecionar mais de uma opção;
**maior reconhecimento da profissão, melhores condições de trabalho, salário digno para evitar que o profissional de enfermagem tenha que trabalhar em mais de um emprego, redução da jornada de trabalho para 30 H.

Promover ambiente de trabalho harmonioso emerge como possibilidade de melhorar a saúde mental dos profissionais de enfermagem, o que evidencia que o ambiente de trabalho tem o potencial de contribuir ou não com a saúde psíquica do trabalhador. Resultados que corroboram com outros estudos, como Frasquilho (2005) afirmando que a organização do trabalho de enfermagem pode elevar a carga psíquica do profissional, assim como as relações entre colegas e superiores, valorização social da profissão, reconhecimento profissional, redução das cargas de trabalhos podem melhorar a saúde mental dos profissionais (PUERTO et al., 2011).

Oportunizar assistência psiquiátrica/psicológica a esses profissionais assim como as salas destinadas ao relaxamento no local de trabalho podem ser estratégias para melhorar a qualidade da saúde mental do profissional de enfermagem, na opinião dos participantes deste estudo.

Para que isso se concretize, é necessário que os gestores das instituições de saúde conheçam as condições de trabalho da enfermagem e seus efeitos na saúde física e mental do profissional, além de proporcionar melhorias nas condições do mesmo, treinamentos efetivos para qualificar a prática e promover autonomia profissional e a elaboração de políticas públicas, bem como sua efetivação para promover a saúde mental desses profissionais tão necessários ao cuidado da população (SILVA et al., 2016; FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018), que além de melhorar as condições de trabalho dos profissionais, são grandes fatores capazes de refletir na melhoria da assistência ao paciente.

Também cabe ao próprio profissional adotar hábitos de vida que contemple atividades de lazer e desenvolver dentro de suas possibilidades outras ações que possam contribuir para a sua saúde mental, e com exceção de um profissional que declarou não ter tempo para nenhuma atividade de lazer, emergiram atividades de lazer com a família, 17 (63%), assistir filmes/séries 13 (48%), lazer com amigos 11 (40,7%), e menos expressivas, caminhadas, trabalhos artesanais e participação em atividades religiosas.

Apesar do número pequeno de profissionais, foi possível identificar o quanto é imperativo olhar para questões do ambiente de trabalho e suas repercussões na saúde mental dos profissionais de enfermagem. Chama atenção os sinais e sintomas apresentados pelos participantes que podem sinalizar algum grau de sofrimento psíquico. Há que se considerar que os próprios profissionais podem não reconhecer os sinais de adoecimento e postergar o tratamento adequado ou até não aceitar sua condição de saúde por precisar do recurso financeiro que o trabalho lhe oferece.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos profissionais participantes deste estudo se considera saudável emocionalmente, embora mais de 40% considerem algum comprometimento em sua saúde mental. Os profissionais entendem que o próprio trabalho pode contribuir para o adoecimento, e a maioria conhece algum colega que já adoeceu psicologicamente e, infelizmente, quase 45% já trabalhou com profissionais

que cometeram suicídio. Mais de 90% dos participantes concordam que os motivos que poderiam levar um profissional de enfermagem ao suicídio, embora multifatorial, possam também estar relacionados às más condições de trabalho, que pode exercer forte influência no adoecimento mental dos profissionais.

Promover local de trabalho harmonioso, oportunizar assistência psicológica/psiquiátrica a esses profissionais, assim como salas que possibilitem relaxamento, podem ser estratégias para melhorar a qualidade da saúde mental da equipe de enfermagem. Além disso, torna-se importante a elaboração de políticas públicas e sua efetivação por parte dos gestores das instituições de saúde, para que seja possível promover melhores condições de trabalho para a equipe, e consequente melhoria na qualidade da assistência aos pacientes. Nesse sentido, promover um bom relacionamento interpessoal, por meio de ambiente harmônico, pode se tornar um fator essencial na efetivação dessas ações, além de incentivar a prática da atividade física regular e da alimentação saudável.

Cabe ressaltar que a finalidade do trabalho da enfermagem é o cuidado, e para ofertar um cuidado qualificado ao paciente, há que se cuidar também das condições de saúde física e psicológica daqueles que cuidam, por isso faz-se necessário investir em estudos mais abrangentes que auxiliem os gestores a identificar e promover ações efetivas para melhorar as condições de trabalho e a gestão do cuidado também a equipe prestadora de assistência.

Referências

ANVISA. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde** (2016-2020). Brasília: DF, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+2016-2020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9?version=1>. Acesso em: abr. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2012.

CARDOSO, et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Colomb. Med.**, v. 42, n. 2, supl. 1, p. 113-119, jun./2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n2s1/v42n2s1a14.pdf>. Acesso em: abr. 2020.

COFEN. Saúde mental dos profissionais de Enfermagem. **Boletim Informativo. A gente ama enfermagem**. 32^a Ed. Jan 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/saude-mentaldos-profissionais-de-enfermagem-e-destaque-de-boletim_68628.html. Acesso em: 25 mai. 2019.

ELIAS, M A; NAVARRO, V L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Uberlândia, v. 14, n. 5, p. 517-525, jul./2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

FRASQUILHO, M. A. Medicina, médicos e pessoas : Compreender o stresse para prevenir o burnout.. **ACTA MED**, Lisboa, v. 1, n. 18, p. 433-444, mai./2005. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1067-1626-1-PB.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2020.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, D.M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURCGANT, P (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 8. p. 85-101

FERREIRA, M. F. C. Carga mental e carga psíquica em profissionais de enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Portugal, v. 1, n. 1, p. 47-52, fev./2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a08.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2020.

FERNANDES, E. **Qualidade de Vida no Trabalho: Como Medir Para Melhorar**. 3. ed. Salvador: Sérgio Almeida, 1996. p. 1-83.

FERNANDES, M A; SOARES, L. M. D; SILVA, J. S. E. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. **Rev Bras Med Trab**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 218-224, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/v16n2a13.pdf>. Acesso em: abr. 2020

LOPES, C C P; RIBEIRO, T P; MARTINHO, N J. Síndrome de Burnout e sua relação com a ausência de qualidade de vida no trabalho do enfermeiro. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 97-101, maio 2012. ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/264>. Acesso em: 21 dez. 2019.

MACHADO M. H. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - **FIOCRUZ/COFEN**, Rio de Janeiro, 28 volumes. Produzido em 2016, publicado em 2017. Volume I. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf> Acesso em: 20 jan. 2020.

MAGALHÃES, A. M. M. D; RIBOLDI, C. D. O; DALL'AGNOL, Clarice Maria. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **REBEn**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 608-612, jun./2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/20.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

MORORÓ D. D., et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul Enferm**. 2017; v. 30, n. 3, p. 323-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v30n3/1982-0194-ape-30-03-0323.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2020.

PASCHOALINI, B, et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, Assis, v. 21, n. 3, p. 487-492, jun./2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_17.pdf. Acesso em: 19 nov. 2019.

PUERTO, J. C. *et al.* Identificación de factores de estrés laboral en profesionales de enfermería. **Cogitare Enferm**, Espanha, v. 4, n. 16, p. 609-614, nov./2011. Disponível em: <C:/Users/usuario/Downloads/25430-92730-2-PB.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Rev SBPH**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005. Disponível em:

11

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v8n2/v8n2a02.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019

SANTANA, L. D. L., et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 64-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/08.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

SILVA, D. D. S. D., *et al.* Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 1027-1036, set./2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/108430/106739>. Acesso em: 14 fev. 2020.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020.

Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n1/7-13/pt>. Acesso em: abr. 2020.

SILVA, S. M. D., et al. Estratégias de intervenção para a equipe de saúde de hospitais universitários no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 300-308, Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a03.pdf. Acesso em: 5 nov. 2019.

SILVA, S. M. D., et al. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem em Saúde Mental**, Porto, v. 16, n. 1, p. 41-48, nov./2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SILVA, N. C. D., et al. Transtornos à saúde mental relacionados à intensa rotina de trabalho do enfermeiro: : uma revisão bibliográfica. **Revista eletrônica estágio saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 107-122, jun./2016. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/2897-10872-1-PB.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SOUSA, K. H. J. F., et al. Riscos de adoecimento no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3032.pdf. Acesso em: 3 abr. 2020.

SAÚDE MENTAL: como o conceito de morte impacta e influencia a vida dos idosos

Emily Alves do Nascimento
Graduanda em Psicologia - Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)
emilynaasc@gmail.com

Mariana Estanti Prata
Graduanda em Psicologia - Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)
marye.prata@mail.com

Mirela Coelho de Senne Barbosa
Graduanda em Psicologia - Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF)
mirelarelacoelho@gmail.com

Prof.^a Orientadora Dra. Sofia Muniz Alves Gracioli
sofiamuniz@facef.br

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental tem sido um tema muito colocado em pauta no mundo inteiro, durante esses últimos anos, principalmente durante a pandemia. A relação que a estabilidade emocional e a estabilidade psicológica possuem com os demais setores da vida, tem mostrado a importância em debater o tema em questão.

O fim da vida se configura como um aspecto ainda pouco debatido, ainda que inevitável a todo e qualquer ser. A forma como cada um encara isso se difere, mas pode apresentar uma similaridade. Tendo em vista que, de certo modo, a terceira idade está mais próxima de vivenciá-la, torna-se necessário investigar como esse grupo tem buscado uma melhor qualidade de vida e como isso tem afetado a sua saúde mental.

A relevância do presente trabalho é estudar a relação do idoso com a morte, e como isso se dá em sua vida. Assim, contribuirá para uma maior compreensão do indivíduo, podendo servir como um suporte para o desenvolvimento de técnicas e análises principalmente para a terceira idade.

O objetivo do presente trabalho é investigar aspectos culturais e psicológicos relacionados à visão sobre a morte e se eles têm consequências na saúde mental do idoso.

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica crítica com uso de artigos científicos e/ou livros na área.

2. SAÚDE MENTAL: RESSIGNIFICAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Já se teve muitas formas de pensar sobre o que é saúde. Em primeiro instante, foca-se na saúde como a ausência de doenças, em consequência da forma que a medicina via a doença. Esse modo de pensar está ligado à visão positivista e determinista que se encontrava em ascensão na época, por isso que é uma definição bem determinada e centrada em apenas um aspecto, que é a ausência ou não de doença. Essa perspectiva era tão forte neste período que teve consequências sobre o ponto de vista da sociedade em relação a pessoas com deficiência, que foram caracterizadas como indivíduos com desvios de características biológicas. (WANDERLEY,1999).

Falcão e Carvalho (2010, p.33), relatam que “no processo de envelhecimento, mudanças físicas, psicológicas e de papéis sociais constituem desafios para o *self*, para a qualidade de vida e a manutenção do bem-estar das pessoas”. Portanto em nossa sociedade o idoso é muitas vezes associado com doença, já que ele não está vivendo mais no que é considerado o seu auge, e essa ideia está interligada com a nossa sociedade que valoriza corpos jovens considerados bonitos e “saudáveis” por não terem a marca do tempo que passou, e também são desvalorizados por não estarem mais no auge de sua função na sociedade capitalista que é a sua função de produzir, e assim com a aposentadoria os idosos deixam de fazer parte do mercado de trabalho, e é esperado que em seus anos finais ele deve ficar cuidando dos seus problemas de saúde. Porém, não podemos considerar essa associação como uma verdade pois as pessoas envelhecem de maneiras diferentes e podendo ser de uma forma saudável e ativa.

Além da saúde física também é preciso se preocupar com a saúde mental dos idosos, que pouco se é falada mesmo sendo um aspecto importante para a sua qualidade de vida, que pode ser um fator para o adoecimento. Em 1946, a OMS (Organização Mundial da Saúde) trouxe uma definição revolucionária e mais complexa para a área da saúde, abordando, dessa forma, outros aspectos que se

inter-relacionam com a concepção de saúde mental. A saúde mental, segundo a OMS, é um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, podendo lidar com os estresses do cotidiano, trabalhando produtivamente e sendo capaz de contribuir com a sua comunidade.

Depois dessa mudança de visão do que era saúde, o que era considerado loucura se tornou algo muito além do diagnóstico psiquiátrico, já que saúde mental e diagnósticos psiquiátricos foram vistos como aspectos independentes. Porém, para a maioria dos profissionais de saúde que trabalham em centros especializados e unidades de urgência e emergência explicam que a saúde mental está ligada à ausência de doença, mesmo a maioria ligando a concepção da OMS de saúde (GAINO et al ,2018).

Ou seja, mesmo com a mudança da percepção de saúde, ainda em lugares que se busca quando há a falta dela, os profissionais não veem a saúde como algo que vai muito além da questão da doença, dessa maneira é necessário que na equipe hospitalar tenha profissionais que estejam bem preparados para atender as demandas daqueles que não estão bem e precisam de um suporte psicológico, e não apenas sejam buscados por aqueles que estão fisicamente mal.

2.1 Visão Da Morte: Problemática E Discussão

A morte costuma ser vista pelos idosos como precursora do abandono daqueles que o amam e do que faz parte do campo do desconhecido, bem como fonte de sofrimento, agonia e solidão (GOMES,2014).

O ser humano é um ser que necessita do outro para viver, é fruto das relações humanas que estabelece ao longo da vida, e por isso, vive em sociedade. Desde o nascimento até o fim da vida, é preciso do outro para sobreviver: quando crianças é preciso de seus pais e na velhice os filhos que representam essa figura importante para o cuidado. Mas diferente das outras fases da vida, a velhice é um momento mais solitário, sensação que vai aumentando a cada ano que se faz, deixando para trás muitos entes queridos que, ao longo dos anos, vão morrendo. Além do luto, o idoso também passa a ter o sentimento de estar só e de que sua hora está chegando. Mesmo em uma vida em sociedade, muitas pessoas vivenciam

a solidão; muito é falado dos adolescentes e jovens, mas muitos idosos também se deparam com:

um sentimento penoso e angustiante, que conduz a um mal-estar em que a pessoa se sente só, ainda que rodeada de pessoas, por pensar que lhe falta suporte, sobretudo de natureza afetiva. É mais frequente na adolescência, porém também o é nos idosos (AZEREDO; AFONSO, 2016).

Com isso, esse sentimento está associado à visão sobre a morte, pois esta, muitas vezes, representa o cessar da relação com o outro, provocando no indivíduo o sentimento de estar só e, portanto, de abandono.

Há, no entanto, diversas percepções sobre a morte. Segundo Combinato e Queiroz (2006), o idoso enxerga a morte com ansiedade e medo, sob um aspecto finito ou transitório, dependendo da influência de suas concepções, crenças, relações sociais e de seu contexto familiar. E isto se tornam consequências do campo do desconhecido, num processo pós-morte, pelo medo dessa passagem ser algo demorado e que traga um sofrimento, retratando o medo pelo processo do que pelo fato em si (OLIVEIRA; ANDERSON, 2020). Esse sentimento se deve pelas experiências de familiares e amigos vistas pelo idoso, que passaram por doenças que afetam a qualidade de vida como o Alzheimer e períodos extensos em hospitais, passando por diversas cirurgias e tratamentos como o câncer. Dessa forma, é desejado que este rito seja feito de maneira rápida e tranquila, sem que traga sofrimento para a própria pessoa e seus familiares.

Pode-se relacionar a prevalência de sentimentos negativos com o contexto histórico-cultural diante da concepção de morte. Isto é:

em cada tempo e cultura existe um significado atribuído a ela. Inicialmente, esse significado é externo ao indivíduo, pertencendo à cultura. À medida que esse significado é internalizado, transforma-se num instrumento subjetivo da relação do indivíduo consigo mesmo (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

Durante um período da Idade Média, a *morte de si* era vista como uma despedida, pública, marcada por manifestações de tristeza e dor; temiam por uma partida repentina sem que houvesse os devidos rituais. Posteriormente, passou a ser vista como algo que não devia ser exposto, mas que representava poder de cura, e com a premissa de que se devia evitar a morte. Em contrapartida, a *morte do outro* apresentava um aspecto idealizado, tendo como base a religiosidade, que expunha

o desejo de ir ao encontro do finado (ARIÈS, 1977 apud SILVA et al, 2012). Portanto, a visão sob o conceito de morte mostra-se como um fator efêmero e relativo.

Portanto, a visão sob o conceito de morte se torna uma discussão, muitas vezes, carregada de sofrimento diante da perspectiva da perda do outro e, conseqüentemente, de si. Contudo, isso é totalmente efêmero e relativo, considerando o contexto familiar e histórico-social, que interferem na subjetividade de cada indivíduo.

2.2 Discorrendo Sobre O Processo De Luto

Levando em consideração a perspectiva da psicanálise freudiana, existem muitas variáveis que interferem na visão que as culturas têm da morte, conseqüentemente, como a cultura influencia no luto dos idosos, como por exemplo nos aspectos de: enfrentamento de diversas perdas (tanto reais como simbólicas), sendo as perdas dos amigos e companheiros, do próprio corpo – conseqüentemente da autoestima –, do fim das relações de trabalho, dos relacionamentos sociais e familiares. (COCENTINO, 2011)

A autora Barbieri (2003) discorre sobre a percepção da velhice, que esta ocorre de “fora para dentro”, o que enaltece justamente a perda desse corpo citado anteriormente, pois, é diante disso que os idosos se encaram “face a face” no espelho ou então são pegos de forma desprevenida em alguma situação do cotidiano e então só percebem que o envelhecimento chegou. Conseqüentemente, é possível dizer que as perdas são mais vivenciadas nessa faixa etária, o que deixa os idosos mais esquivos ou propensos ao enfrentamento de ter que lidar com o luto. Também vale salientar que os idosos são considerados parte de uma classe vulnerável, e o enfrentamento constante do luto interfere ainda mais intensamente em suas vidas.

Segundo Mucida (2006), a velhice traz o desamparo aos idosos de forma clara e objetiva, mas, além dos constantes temores das mortes mais simbólicas citadas anteriormente, existe a perda do corpo e, ligado a isso, uma perda das funções desse mesmo corpo que também vai aos poucos deixando de

funcionar tão bem quanto o corpo da juventude. Isto é, de acordo com Freud, a vida gira em torno da busca pelo prazer e a fuga da dor, conseqüentemente, na velhice, existe uma outra perda que afeta justamente esse sentimento de prazer que tanto buscamos, que é a perda ou a escassez da vida sexual, ligado diretamente à morte do desejo. Seguindo esse raciocínio, existe uma quebra de desejos ligados à vida sexual, o que por si só já é um outro estado de luto (luto da libido) que os idosos têm que enfrentar. Portanto, na velhice, as atividades prazerosas estão mais voltadas aos relacionamentos sociais, amigos, família, experiências de vida, companhia, tempo de qualidade etc.; o que nos leva novamente ao contexto da perda ou da ausência dos entes queridos.

Ainda relatando sobre o luto, Schultheisz (2013) afirma que com a manifestação de muitas perdas nesse período da vida, os idosos revelam uma maior possibilidade de não-satisfação com o próprio corpo (perda da autoestima), o que pode ser influenciado por diversas questões, como: as perdas de teor físico, funcional e social, o que interfere diretamente na queda dessa autoestima. Esse conceito é entendido pelas bases da psicanálise como parte do “*self*”, pois tem a ver com um elemento que faz parte da constituição da autoestima, é como se existisse um “eu” diferente dos demais, e esse “eu” se baseia no aceitação individual da pessoa sobre si mesma, seguindo seus próprios valores, influências da cultura e de “outros”. Meurer (2009), adverte em sua pesquisa que bons relacionamentos com os filhos, desejo de estudar mesmo após a velhice, ausência de solidão, uma aparência física preservada, satisfação financeira, boa disposição física (não sentir tanto cansaço com frequência) são aspectos consideravelmente positivos relacionados à questão de satisfação com a autoimagem e autoestima.

Portanto, se seguirmos a perspectiva de que os idosos possuem uma alta autoestima, será mais fácil para eles lidarem com as perdas e períodos de luto, pois, é mais fácil para ele auto suprir suas carências e se automotivar nas tarefas do cotidiano; contudo, para uma pessoa que tem uma baixa autoestima, essas perdas podem resultar em mais danos físicos e mentais, visto que, pode abaixar a perspectiva que o idoso tem sobre si próprio. Quando não possuem ferramentas que os ajudam a elevar a própria autoestima, eles estão mais suscetíveis a terem uma maior fragilidade em relação a esses eventos mórbidos, pois, sentem-se incapazes de realizar tarefas e atividades rotineiras. Algumas pesquisas mostraram que alguns

dos fatores influentes para a autoestima dos idosos são: uma boa estabilidade financeira, um bom relacionamento com os filhos, amigos e parentes, contato social, estudos e práticas de atividades físicas. Sabendo que muitas pessoas na atualidade não possuem um conhecimento prévio sobre questões de autocuidado trazidas pela Psicologia, muitas delas acabam tornando-se dependentes das relações sociais e ficando deprimidas quando estão sozinhas, pois, não sabem como lidar com a própria companhia de forma efetiva.

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS E CULTURAIS

O bem-estar psicológico durante o processo de envelhecimento se baseia em seis perspectivas: autoaceitação, manutenção de relações interpessoais positivas, alcance de autonomia, controle do ambiente a sua volta, definição de um propósito de vida e crescimento pessoal (RIFF; KEYES, 1995). Isso se mostra interligado à construção do conceito de morte e de luto, pois o autoconhecimento, a estabilidade emocional e a interação garantem ao indivíduo a possibilidade de enfrentar o fim da vida como algo natural do desenvolvimento humano, livre de angústia e sofrimento. Ao relacionar-se consigo mesmo e com outros de uma maneira positiva, pode-se adquirir a capacidade de enxergar a vida de uma maneira mais leve. Erikson (1997) afirma isso ao descrever a terceira idade como superação da crise “desespero vs integridade”, no alcance da sabedoria, da aceitação de tudo aquilo que conquistou ou realizou ao longo da vida.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a expectativa de vida das mulheres brasileiras em 2019 passou para 80,1 anos, enquanto a média de vida dos homens foi 73,1. Com a expectativa de vida sendo diferente e a maneira com que os gêneros vivem socioculturalmente, reflete em como a velhice é diferente para os homens e as mulheres. Segundo Camarano (2003), as mulheres em sua velhice tendem a sofrer mais com a solidão e isolamento, aumentando esses sentimentos por viverem por mais tempo com a viuvez, e dessa forma elas podem ter uma chance maior de ter a saúde mental afetada.

Sabemos que a religião é um aspecto cultural importante para as sociedades, as religiões são um conjunto de crenças e práticas que trazem diversas maneiras de como ver o mundo e todas tentam explicar fenômenos como a morte, dessa forma o modo que o idoso irá lidar com seus últimos anos também está ligado com a sua crença. De acordo com uma pesquisa do Datafolha realizada em 2020, cerca de 50% da população brasileira é católica e 30% evangélica, e em porcentagens menores estão religiões como o espiritismo e religiões afro-brasileiras como a umbanda e o candomblé. Assim, a grande parte dos brasileiros são cristãos e o cristianismo traz a existência do céu e do inferno que está relacionado com o medo sobre o destino por causa do julgamento das atitudes feitas em vida.

Diferentemente do tema do envelhecimento, o tema morte não foi tão bem recebido, tendo eles respondido que não gostariam de conversar sobre o assunto em unidades de atenção primária à saúde. O principal motivo alegado para esta recusa foi o sentimento de estarem atendidos nessa questão por parte de suas respectivas religiões. (OLIVEIRA, ANDERSON, 2020)

Em uma pesquisa feita em unidades básica de saúde sobre o envelhecimento e a morte, foram feitas perguntas para idosos sobre o que eles achavam da morte e houve uma recusa para falar do tema por causa de suas respectivas religiões.

Sendo assim, é possível perceber que uma boa saúde mental e qualidade de vida, bem como a religião, fornecem suporte para uma melhor forma de encarar o fim da vida. Desse modo, ao falar sobre a velhice e o final dela, é válida a busca por uma estabilidade emocional e psicológica, além de entender a religião e como esta afeta o ponto de vista da sociedade e do próprio idoso.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, o objetivo do presente artigo foi alcançado através da investigação das temáticas supracitadas, nisso, podemos concluir que existem de fato aspectos culturais (como as religiões) e psicológicos (como autoestima e autonomia) que se relacionam com a questão da morte e que consequentemente afetam na saúde mental dos idosos. Os fatores culturais e

psicológicos, a respeito do conceito de morte, apresentam influência sobre a saúde mental do idoso, considerando que este tem sua saúde física e mental, seu relacionamento intrapessoal e os interpessoais, sua condição financeira, dentre outros aspectos da vida que são inseridos no campo de vulnerabilidade e afetam durante o processo de luto.

Na procura por materiais acadêmicos que abordassem os assuntos a serem analisados, notou-se a existência de uma vasta gama de materiais publicados, facilitando a construção do vigente artigo. No entanto, ao buscar por conteúdos pertinentes à conceituação da morte, obteve-se dificuldade diante do enigma que esse fato representa para todos, e, principalmente, para o público-alvo estudado.

Como possíveis intervenções, com base nas informações adquiridas através da leitura e estudo de materiais de referência, recomenda-se a busca pelo autocuidado (físico, social, mental e emocional). Isto é, respectivamente, a prática de exercícios físicos/esportes, uma boa alimentação, sono regulado; uma boa convivência social; ter um hábito de leitura (dentre outros hábitos), realizar atividades em grupo - jogos, frequentar grupos de apoio; e busca pela psicoterapia, também como forma de alcançar o autoconhecimento.

Nas próximas pesquisas, percebe-se a necessidade de abordar a morte em outras faixas etárias do desenvolvimento humano, bem como os aspectos culturais e psicológicos que afetam essas diferentes realidades. Ainda que o idoso se encontre em um estágio mais próximo de sua finitude, vale salientar a necessidade de analisar como as crianças, que também se encontram em um grupo de risco, assim como os adolescentes que enfrentam uma das fases mais turbulentas do ciclo vital, em questão de mudanças físicas e psicológicas. Dessa maneira, inevitabilidade da ampliação da discussão de uma temática comum a todo ser vivo.

5. REFERÊNCIAS:

AZEREDO, Zaida de Aguiar Sá; AFONSO, Maria Alcina Neto. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. 2016, v. 19, n. 02, p. 313-324. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>>.

BARBIERI, Natália Alves. **Trabalho com velhos: algumas reflexões iniciais.** Pulsional rev. psicanál, 2003, p. 18-24.

COCENTINO, Jamille Mamed Bomfim; VIANA, Terezinha de Camargo. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. 2011, v. 14, n. 3, p. 591-599. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000300018>>.

COMBINATO, Denise Stefanoni; QUEIROZ, Marcos de Souza. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia (Natal) [online]**. 2006, v. 11, n. 2, p. 209-216. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>>.

ERIKSON, Erik. **The Life Cycle Completed**. New York: W. W. Norton & Company, 1982, p.103-104.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; CARVALHO, Isalena Santos. **Idosos e saúde mental: demandas e desafios**. In: *Idosos e saúde mental* [S.l: s.n.], 2010.

GAINO, L. V.; SOUZA, J. de; CIRINEU, C. T.; & TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)**, 2018, 14(2), p. 108-116. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>>.

GOMES, Ana Margarida Rodrigues. **A percepção da morte pelo idoso em contexto institucional de lar residencial**. 2013. 217 f. Dissertação (Doutorado) - Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Educação, [S.l], 2014. Disponível em: <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2396/1/TESE_Ana_Gomes.pdf>.

MEURER, Simone Teresinha; BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. **Motriz. Journal of Physical Education. UNESP**, 2009, p. 788-796.

MUCIDA, Ângela. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

RYFF, Carol; KEYES, Corey. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. **Journal of personality and social psychology**. 69 (4). 1995, p. 719-27. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/15726128_The_Structure_of_Psychological_Well-Being_Revisited>

SCHULTHEISZ, Thais Sisti De Vincenzo; APRILE, Maria Rita. Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 5, n. 1, 2013.

SILVA, Henrique Salmazo da; et al. As representações da morte e do luto no ciclo de vida. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, 15(4), "Finitude/Morte e Velhice". São Paulo: 2012, p. 185-206.

OLIVEIRA, Pedro Igor Daldegan de; ANDERSON, Maria Inez Padula. **Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde**. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2020. 15(42): 2195. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2195>>.

WANDERLEY, Fabiana. normalidade e patologia em educação especial. **Psicologia: ciência e profissão**. 1999, v.19, n.2.

ÍNDICE

A

Ana Paula Rodrigues Nalin, 41
André Luiz Pereira Spinieli, 41

E

Emily Alves do Nascimento, 79

G

Guilherme Dalbon Barbosa, 20

J

Jaqueline de Queiroz Lima, 62
Júlia Alves Bensi, 20

M

Marcia Aparecida Giacomini, 62
Mariana Estanti Prata, 79
Mirela Coelho de Senne Barbosa, 79

P

Patrícia Reis Alves dos Santos, 8
Paulo César Corrêa Borges, 20
Prof.^a Orientadora Dra. Sofia Muniz Alves
Gracioli, 79
Profa. Dra. Ana Carolina Garcia Braz
Trovão, 52

R

Roberta de Souza Oliveira, 8

S

Sara Gabriela Domingos dos Reis
Lourenço, 52

T

Thalita Ferrari dos Santos, 8

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400

0800 940 4688 / (16) 3713-4688

