

Tecendo a Manhã

João Cabral de Melo Neto

(Disponível em : <http://www.jornaldepoesia.jor.br/joao02.html>. Acesso em: 11 abr.2021)

1

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

2

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entreendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

(A Educação pela Pedra)

Esta edição se dedica a agradecer por mais um ano superado com todas as dificuldades que ele nos trouxe e, ao mesmo tempo, agradecer a todos os colaboradores tanto externos quanto internos que, apesar de toda a adversidade, continuam a produzir, a trabalhar, a criar, a inovar e, sobretudo, a compartilhar.

O ano que passou nos trouxe a certeza e a consciência da importância do outro em tudo que fazemos; a valorização da cooperação, do coletivo e, como diz, o poeta, “um galo sozinho não tece uma manhã”. Percebemos o valor da interdependência, do compartilhamento, do viver em sociedade, da solidariedade, da diversidade, da empatia, enfim. Foi somente com o trabalho colaborativo que conseguimos entregar mais uma edição da Revista Lispector da Faculdade Capital Federal- FECAF.

Obrigado a todos!

SUMÁRIO

Contos literários no combate às homofobias.....	3
Gestão do esporte paralímpico no Brasil.....	23
Ensino superior no Maranhão. Possibilidades e desafios para jovens de baixa renda.....	40
Educação Infantil durante a pandemia.....	63
Plano de segurança da água como agente de proteção de doenças de veiculação hídrica.....	72
Pandemia, negacionismo e o impacto nos direitos da mulheres.....	92
O uso do ácido hialurônico e suas variações topográficas, técnicas e temporais.....	102

CONTOS LITERÁRIOS NO COMBATE ÀS HOMOFÓBIAS

Homofobia como determinante de sofrimento e doenças.

Jorge Luiz Fernandes da SILVA.

Especialista em Saúde Coletiva e Imagenologia, Licenciado em Biologia, Tecnólogo em Radiologia, Graduando em Pedagogia. Professor FECAF.

RESUMO

Diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural de saúde, o Ministério da Saúde apresentou, em 2001, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). A relação profissional/usuário se colocou como primordial para a qualidade da assistência em saúde a essa população uma vez que paradigmas reforçam preconceitos. Esse artigo teve como intenção analisar a representação do preconceito e violência nos contos literários com temática LGBT, bem como evidenciar as homofobias como determinante do processo de adoecimento e sofrimento da população LGBT.

Palavras-Chaves: Homofobia; Contos literários; Saúde.

ABSTRACT

Given the evidence that sexual orientation and gender identity have in the social and cultural determination of health, the Ministry of Health presented in 2001 the National Policy on Integral Health for Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transgender (LGBT). The professional / user relationship has become paramount for the quality of health care to this population since paradigms reinforce prejudices. This article intends to analyze the representation of prejudice and violence in literary tales with LGBT themes, as well as evidence of homophobia as a determinant of the process of illness and suffering of the LGBT population.

Keywords: Homophobia; Literary tales; Cheers

TEMÁTICA

O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988. No texto constitucional, a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico-sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. A Saúde, a Previdência e a Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social e esta conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194).

O Sistema Único de Saúde (SUS), regimentado por meio da Constituição de 1988, está baseado em um conjunto de três princípios: integralidade, equidade e universalidade, significando este último que todo e qualquer cidadão brasileiro tem direito e acesso gratuito aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema, independentemente de sua orientação sexual, gênero, credo religioso, etnia, idade e identidade. Uma nação como o Brasil, que propõe justiça social, deve reconhecer a perspectiva da equidade, que, além da universalidade dos direitos humanos e sociais, garante o reconhecimento e a consideração das diferenças entre os grupos sociais que, muitas vezes, encontram-se em situação de desigualdade (LIONÇO, 2009).

No Brasil, no final da década de 1970, à medida que avançava o processo de redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais. Ao surgir a epidemia HIV/Aids, no início dos anos 80, à época fortemente relacionada aos gays, o governo brasileiro apoiou mobilizações da população homossexual masculina na prevenção da doença. Essas mobilizações surtiram grande efeito sanitário diante da amplitude do número de casos que acometeu esse grupo. O movimento, então constituído majoritariamente por homens, gradualmente foi incorporando grupos com outras identidades sexuais e de gênero, particularmente as lésbicas, travestis e transexuais. As demandas desses grupos ampliaram a discussão e,

consequentemente, redirecionaram as estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/Aids. (BRASIL, 2010)

Diante da complexidade da situação de saúde do grupo LGBT e, especialmente, diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde, o Ministério da Saúde construiu em 2010, a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travesti e transexuais, embasada nos princípios assegurados pela Constituição Federal de 1988 que garantem a cidadania e dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2010)

Dessa forma, as políticas de saúde propostas pelo Ministério da Saúde para a população LGBT têm como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais. As diretrizes do SUS reafirmam o compromisso com a universalidade, com a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Reconhece, ainda, a necessidade de ações voltadas para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. Já temos no Brasil uma política de caráter transversal que envolve todas as áreas do Ministério da Saúde tais como as relacionadas à produção de conhecimento, à participação social, à promoção, à atenção e ao cuidado (BRASIL, 2010).

Fundamental ao avanço da consolidação do direito à saúde integral para pessoas LGBT é o enfrentamento das condições em que seus direitos humanos são violados ou negligenciados, a população LGBT, em decorrência da não adequação do gênero ao sexo biológico (sistema sexo/gênero) ou à identidade sexual heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos e, muitas vezes, encontra-se em situação de vulnerabilidade (LIONÇO, 2008)

Esse artigo tem como objetivo analisar a representação do preconceito e violência nos contos literários com temática LGBT, bem como evidenciar as

homofobias como determinante do processo de adoecimento e sofrimento da população LGBT.

Os contos analisados foram retirados de coletânea, de própria autoria, criada a partir da ciência de uma vivência à margem dos sujeitos que expressam sexualidade não heterossexual e acompanhando o movimento social no país no combate a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia.

A análise se deu de forma qualitativa e a interpretação foi embasada em textos retirados de levantamento bibliográfico em base de dados nacionais. Foram utilizados dezessete artigos e quatro textos jurídicos (portaria, resoluções e leis).

DESENVOLVIMENTO

Saúde da mulher, lésbica.

Em um “Corpo objeto” a personagem, lésbica, narra suas experiências ao procurar o serviço de saúde para tratar de questões relacionadas à saúde feminina.

Em “A verdade é que na maca do ginecologista não sou a Mariana. Sou um útero pronto para cumprir com a sua missão de perpetuação da espécie”, o autor demonstra a concepção do corpo feminino como um objeto, meramente, reprodutivo.

A anatomia, durante a Renascença, considerava a mulher como um “homem invertido”, conhecido como modelo do sexo único, anatomicamente, o modelo tratava o “útero era o escroto feminino, os ovários eram os testículos, a vulva um prepúcio e a vagina era um pênis virado para dentro” (LAQUEUR, 2001). Com isso, a medicina embasada na biologia reprodutiva, historicamente, relativiza o corpo da mulher.

Nos trechos “Na época já sabia que era lésbica, mas o mundo ainda não sabia. Engravidar nunca foi minha preocupação, mas era de todos a minha volta” e “Elas esperavam que eu transasse com meninos, mas isso nunca aconteceu”,

o autor revela a expressão da sexualidade da personagem e ocorre a constatação de que a manifestação do desejo homoafetivo contraria uma norma social. Conforme Meyer e Petry (2011), explicam, a heteronormatividade visa regular e normatizar modos de ser e de viver os desejos corporais e a sexualidade de acordo com o que está socialmente estabelecido para as pessoas, numa perspectiva biologicista e determinista, há, apenas, duas possibilidades de locação das pessoas quanto à anatomia sexual humana, ou seja, feminino/fêmea ou masculino/macho.

A heteronormatividade socialmente propagada pela igreja, escola, economia e mídia é capaz de silenciar mulheres e homens que manifestam sexualidade não heterossexual e invisibilizar sua existência e conseqüentemente suas especificidades no campo da saúde.

A população homossexual feminina enfrenta situações específicas ao procurar assistência à saúde, principalmente, reprodutiva e sexual. De acordo com Barbosa e Fachine (2009), mulheres lésbicas realizam com menor frequência exames preventivos e rotineiros, como o exame de prevenção contra o câncer de colo uterino (Papanicolau) e o exame de prevenção contra o câncer de mama (Mamografia), devido a reações discriminatórias por parte dos profissionais, após a revelação da orientação sexual, e a falta de especificidade lésbica nos serviços de saúde, vivenciada por consultas que não respondem às demandas do grupo.

Araújo *et al* (2006) afirmam que para se trabalhar devidamente com os aspectos da sexualidade, faz-se imprescindível estabelecer o vínculo e uma relação de confiança entre o profissional de saúde e as usuárias dos serviços. Porém, a prática dos profissionais é marcada por preconceitos e tabus, ainda mais fortes quando o assunto está relacionado a sexo ou sexualidade, e, de modo especial, quando se trata de homossexualidade feminina. Desconsiderando o estilo de vida das mulheres, o aconselhamento não está sendo realizado a contento, pois o fato de mulheres homossexuais não relatarem essas práticas faz com que este aconselhamento fique descontextualizado de suas vidas. Nesta situação, a falta de um diálogo franco pode trazer incalculáveis conseqüências, tanto para os serviços como para as próprias mulheres. Entre

estas consequências destacam-se a falta de procura para a realização de exames de rotina, como prevenção de câncer de colo uterino e de mamas.

O conto “Um corpo objeto” revela, por meio da experiência de uma mulher lésbica nos serviços de saúde, como a heteronormatividade contribui para que todas as mulheres tenham seu direito à saúde negligenciados. Cardoso e Ferro (2012), consideram que as reformulações dos espaços de saúde para a inclusão da população LGBT dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heteronormativo influenciam, de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais da saúde, o que os leva a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

Saúde do homem, Gay.

No conto “Homossexualidade e Sordidez”, ao decidir contar para uma amiga sobre sua experiência homoafetiva, Vinicius é interrompido pela fala “*pode me poupar dos detalhes sórdidos*”. A palavra sórdido, conforme dicionário Aurélio, significa, 1 - que provoca nojo ou repugnância; 2 – que tem baixo valor moral ou ético. Essa frase revela uma nova forma de expressão do preconceito (homofobia), o preconceito velado. Geralmente, manifestado nos comportamentos humanos e tão banalizado socialmente que pode não ser percebido.

A homossexualidade foi ao longo dos tempos e das diferentes culturas, motivo de punição, de vergonha, segregação e violência contra todos aqueles que atravessassem a fronteira da heteronormatividade. É preciso compreender que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. (BRASIL, 2010)

Todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença.

Nos serviços de saúde, Araujo *et al* (2006) evidencia a fragilidade da relação profissional/usuário, principalmente no que tange ao processo de comunicação, no qual questões importantes acerca da sexualidade acabam sendo omitidas, uma vez que as pessoas temem revelar a orientação sexual nos serviços de saúde visualizando o impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência, perdendo-se oportunidades para a promoção da saúde.

Melo *et al* (2011) encontraram nas falas dos sujeitos de sua pesquisa discursos que, recorrentemente, reconhecem a presença de atendimentos discriminatórios nos serviços de saúde no país, o que remete ao longo caminho ainda a ser percorrido rumo à conscientização dos agentes de saúde quanto às consequências individuais e sociais da homofobia.

O conto “Homossexualidade e Sordidez” faz refletir as várias formas de manifestação do preconceito (homofobias) e a produção de sofrimento. “Era frase de Mariana que agora abocanhava minha cabeça”.

Saúde e bissexualidade.

“Men’s Room”, narra, em primeira pessoa, a história de um homem que se sente atraído sexualmente por homens, mas por manter um casamento heterossexual manifesta suas práticas sexuais homoafetivas, apenas, em banheiros públicos. Sua sexualidade não é revelada, porém, fica sugerida a bissexualidade e/ou homossexualidade.

A palavra “bissexual” tem sido usada, hoje em dia, para indicar um desejo sexual que “combina” ou “une” a heterossexualidade e a homossexualidade. A bissexualidade e as práticas bissexuais foram relatadas, ao longo da história, ligadas à promiscuidade. Tal ligação contribuiu e contribui, ainda hoje, para o preconceito e discriminação frente aos indivíduos que se assumem como bissexuais. (CAVALCANTI, 2010).

De acordo com Butler (2003), por seu caráter ambivalente, a bissexualidade é tida como a mais polêmica e controversa das orientações sexuais. A dificuldade em lidar com a multiplicidade e, principalmente, com uma identidade mutável colabora para que a bissexualidade seja vista como uma prática impossível de ser realizada, ou apenas possível para aqueles sujeitos tidos como promíscuos e que não querem nenhum compromisso, seja afetivo ou sexual (CAVALCANTI, 2010).

O Ministério da Saúde, por meio do Plano Nacional de Enfrentamento de Aids e das DST entre Gays e Travestis (BRASIL, 2008) aponta maior vulnerabilidade ao vírus HIV para gays e bissexuais masculinos, e associa essa condição diretamente às homofobias e segregação à qual estão expostos, especialmente os mais jovens. A impossibilidade de manifestar sua orientação sexual no interior da família e nos locais públicos define para os gays o destino do exercício clandestino da sexualidade. Essa situação os leva a frequentar lugares e situações desprovidos de condições favoráveis à prevenção de doenças. (BRASIL, 2010)

“Men’s Room” revela o preconceito como produtor de vulnerabilidade.

Saúde da pessoa Trans.

Em “O que era aquilo” é retratado o assassinato cruel de uma pessoa que transgrediu a representação do gênero no corpo. Observando um corpo, a primeira distinção realizada é a classificação do feminino ou masculino. Essa distinção ocorre com uma certeza absoluta. A ciência da anatomia, a princípio, parece apoiar essa certeza, mas após maiores reflexões, essa certeza pode ser abalada, conforme Freud comenta sobre “feminilidade” em New Introductory Lectures, “o que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que a anatomia não pode atingir”.

Mais do que um conjunto de músculos, ossos, vísceras, reflexos e sensações, o corpo é também um sem limite de possibilidades sempre reinventadas, sempre à descoberta e a serem descobertas. Não são, portanto,

as semelhanças biológicas que o definem, mas, fundamentalmente, os significados culturais e sociais que a ele se atribuem. (GOELLNER, 2001).

“Yana sempre teve sua vida marcada por dúvidas em relação a sua identidade. Quem era Yana? Uma vez, enquanto aguardava sua vez chegar para pagar suas compras no supermercado, uma criança que estava com os pais, logo à frente, perguntou: Pai, o que é aquilo?” Esse trecho do conto revela que, muitas vezes, o olhar do observador já não é suficiente para conduzi-lo a uma classificação segura de quem transgride o padrão de gênero representado no corpo.

Segundo a autora Berenice Bento em sua obra, “A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual”, o corpo já não é uma rota segura para posicionar os sujeitos no mundo polarizado dos gêneros e a realidade de gênero se fragiliza. A autora vivenciou em seu trabalho de campo o peso dos olhares sobre os corpos de travesti e transexuais. “Eram olhares fixos, agressivos, confusos, penetrantes, perguntando silenciosamente, será um homem ou uma mulher?”. (BENTO, 2006).

A autora sugere, a partir da desestabilização das categorias masculino/feminino construídas pelas normas de gênero a mudança da pergunta “será um homem-mulher?” para “afinal, o que é um homem e uma mulher?”. Ainda de acordo com Bento (2006), quando tais categorias são colocadas em dúvida, também se tornam confusas ou propiciam uma crise na identidade de gênero fundamentada no corpo. O real e o irreal começam a se confundir. O “real”, aquilo que é invocado como o conhecimento naturalizado do eu, é uma realidade que pode mudar. (BENTO, 2006). Assim, o imaginário coletivo sobre os corpos e identidades de travestis e transexuais pode ser alterado por meio da naturalização das expressões de gênero e sexualidade que transpassam o padrão binário de identidade de gênero.

Durante a narração da cena de sexo entre Jakson e Yana, o autor utiliza a frase: “Não seja controlado pelo seu corpo. Mate qualquer desejo pelo tipo errado de sexo” e, nem seguida, “Jakson se deixou levar pelo que era proibido”, demonstrando que a homossexualidade, bem como as transformações

realizadas no corpo que colocam em xeque o padrão binário de gênero, sofrem constantes inversões discursivas, principalmente, por influências religiosas e científicas: seja interpretada como pecado ou patologia.

O preconceito contra as pessoas que transgridem os padrões de sexualidade e identidade de gênero, de acordo com Spencer(1996), tem sua origem na tradição judaico-cristã, cujas práticas homoeróticas eram e são consideradas pecaminosas, representando o descumprimento do que se julga ser a palavra de Deus e a fraqueza do indivíduo diante das tentações demoníacas.

No século XIX, a medicina definiu a homossexualidade como uma doença fisiológica causada por distúrbios genéticos ou biológicos. (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002). Essa definição em conjunto com a concepção judaico-cristã da homossexualidade colaborou para a estigmatização de pessoas homossexuais.

No Brasil, até recentemente, a Psicologia omitiu-se no processo de retirar o estigma de homossexuais. Sem expressar um preconceito explícito, alguns psicólogos tratam a homossexualidade como um distúrbio. (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002). Mais grave ainda, são certas igrejas evangélicas, com a participação ativa de psicólogos, criaram serviços de recuperação de homossexuais. (Almeida & Crillanovick, 1999), prometendo retorno à verdadeira natureza humana.

A frase que descreve o assassinato da personagem, “como numa sessão de exorcismo e redenção se encarregou de rasgar o peito de sua amante e retirar todo o mal que ali habitava. O pulso vital representava a origem do mal e retirá-lo seria a única forma de livrar o mundo da aberração”, demonstra o corpo trans visto como endemoniado e a tentativa de humanizá-lo por meio da expulsão do demônio de criação cristã.

Em 1999, diante das denúncias feitas pela a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis, o Conselho Federal de Psicologia promulgou a Resolução 001 que estabelece, aos psicólogos, normas de atuação em relação

ao tema da orientação sexual. Sucintamente, a Resolução considera que a homossexualidade não é doença, nem distúrbio, nem perversão e estabelece que os psicólogos não colaborarão com propostas de tratamento e de cura da homossexualidade. (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002). Porém, no cenário político atual, ainda é presente os discursos, “homossexualismo como pecado”, de lideranças religiosas, pastores, escritores evangélicos, teólogos, psicólogos e parlamentares que se dizem porta-vozes de valores universais e morais e dificultam o planejamento de políticas públicas específicas para a população LGBT.

O final trágico do conto remete à triste realidade que a população LGBT enfrenta. Conforme consta no relatório 2018, sobre mortes violentas de LGBT+ no Brasil, divulgado pelo GRUPO GAY DA BAHIA, a cada 20 horas um LGBT é barbaramente assassinado ou se suicida vítima da LGBTfobia, o que confirma o Brasil como campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais. Segundo agências internacionais de direitos humanos, matam-se muitíssimo mais homossexuais e transexuais no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra os LGBT. Enquanto nos Estados Unidos, com 330 milhões de habitantes, mataram-se no ano passado 28 transexuais, no Brasil, com 208 milhões de habitantes, registraram-se 164 mortes: o risco de uma trans brasileira ser assassinada é 9 vezes maior do que as americanas.

Diante da complexidade da situação de saúde do grupo LGBT é fundamental refletir sobre as evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde. Embora a epidemia da AIDS tenha provocado que o sistema de saúde focasse suas prioridades também nas pessoas travestis e transexuais, conferindo certa visibilidade ao grupo, atualmente é conhecido que os problemas de saúde destas pessoas são bem mais complexos e suas demandas são numerosas. A prostituição para as travestis significa não apenas sua sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que lhes é negado em outros espaços, como foi explicitado por Benedetti (2005). Segundo o autor, é na rua que as travestis exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial,

hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/Aids e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável. (BRASIL, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O preconceito contra a população LGBT pode ser considerado estrutural e institucionalizado. Por isso, permeia todas as áreas da vida resultando em aumento da vulnerabilidade social, violência, produção de adoecimento e sofrimento.

Diante da complexidade da situação de saúde da população LGBT e, especialmente, diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural de saúde, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT. A partir dessa portaria, estão sendo implantadas ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde. Nesse processo, a relação profissional/usuário se coloca como primordial para a qualidade da assistência em saúde.

Tendo em vista a carência de trabalhos relacionados à abordagem da homossexualidade nos serviços de saúde esse trabalho explorou a representação da violência contra a população LGBT em contos literários e sugere a utilização desse recurso em rodas de leitura com estudantes e profissionais da área da saúde, uma vez que as rodas de leitura convidam a realizar uma leitura crítica do mundo, permitindo que as pessoas emitam suas opiniões e indaguem sobre o que ouvem. Assim, espera-se combater a homofobia, propiciar maior qualidade na atenção à saúde da população LGBT, por meio da mudança de paradigmas.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. M. & Crillanovick, Q. (1999). **A cidadania e os direitos humanos de gays, lésbicas e travestis no Brasil**. Em D. D. Oliveira, R. B. Lima, S. A. Santos & T. L. D. Tosta (Orgs.), **50 anos depois: Relações raciais e grupos socialmente segregados** (pp. 167-183). Goiânia: MNDH

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* **Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza**. *Escola Anna Nery*, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.

BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. **Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300, 2009.

BENEDETTI, Marcos Renato. **Toda feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra LGBT e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília, DF: SEDH, 2010

BRITTO, Luiz Percival Leme. *Leitura e política*. In EVANGELISTA, Aracy Alves Martins; BRANDÃO, Heliana Maria B.; MACHADO, Maria Zélia Versiani (Orgs). **Escolarização da leitura literária**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero - Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. **Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão**. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 32, n.3, p.552-563, 2012.

CAVALCANTI, Camila D. (2007). **Visíveis e invisíveis: identidade e práticas bissexuais**. Dissertação de mestrado. UFPE. Mimeo.

FERRARI, Anderson. **Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo**. Universidade Federal de Juiz de Fora. *Revista Brasileira de Educação*. 2003

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler em três artigos que se contemplam**. 23 ed. São Paulo: Autores Associados: Cortez, 1989.

GOELLNER, S. V. **Gênero, Educação Física e esportes**. In: VOTRE, S. B. (Org.). *Imaginário e representações sociais em Educação Física, esporte e lazer*. Rio de Janeiro: UGF, 2001. p. 215-227.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cicero; CAMINO, Leoncio. **Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais na Perspectiva das Representações Sociais**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2002, 15(1), pp. 165-178

LIONÇO, T. **Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, jan./ mar. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312009000100004.

LIONÇO, T. **Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade**. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, apr./jun. 2008. doi: 10.1590/S0104-12902008000200003.

MELLO L. et al. **Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil.** Revista Sociedade e Estado, v. 27, n. 2, maio 2012

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; PETRY, Analídia Rodolpho. **Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa.** Textos & Contextos: Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 193 - 198, jan./jul. 2011, p. 195

Spencer, C. **Homossexualidade: Uma história.** Rio de Janeiro: Record. 1993.

APÊNDICE A – UM CORPO OBJETO, saúde das mulheres lésbicas.

Minha cabeça ainda estava no meu corpo deitado com as pernas flexionadas, afastadas e apoiadas na maca. No momento em que eu estava lá, meus pensamentos queriam me levar para outro lugar e agora, olhando pela janela do ônibus, volto para o consultório do ginecologista.

No final da adolescência, já tinha ido, algumas vezes, ao ginecologista. Na terceira ou quarta visita, iniciei o uso de anticoncepcional. Na época, já sabia que era lésbica, mas o mundo ainda não sabia; engravidar nunca foi a minha preocupação, mas era de todos a minha volta. Lembro que desde a primeira vez que menstruei e minha mãe, orgulhosa, passou a falar para as minhas tias que eu tinha “virado mocinha”, ouvia de todas o mesmo conselho: tem que tomar anticoncepcional porque agora já pode engravidar. Elas esperavam que eu transasse com meninos, mas isso nunca aconteceu. Mesmo assim, tomei anticoncepcional até os 23 anos.

Hoje, aos 33 anos, voltei ao ginecologista para realizar o Papanicolau. Na recepção, respondi a opção unida para estado civil e sem filhos. Logo no primeiro minuto da consulta, fui indagada sobre o desejo de ser mãe, respondi que não tenho, assim como nunca tive a vontade de ser mãe e ainda assim, antes de acabar a consulta, ouvi do médico que minha saúde estava ótima e o meu útero pronto para gerar um bebezinho. Agora, olhando a cidade passar pela janela do ônibus, percebo que me tornei uma mulher lésbica e que diferente da

adolescência, desta vez, o mundo sabe disso, mas assim como tantas outras mulheres não sou enxergada em uma consulta médica. É assim, quando a gente não é escutada, a sensação é de ser invisível, de não existir. A verdade é que na maca do ginecologista não sou a Mariana. Sou um útero pronto para cumprir com a sua missão de perpetuação da espécie.

APÊNDICE B – HOMOSSEXUALIDADE E SORDIDEZ, saúde do homem gay.

Mariana, há quase um mês, trocava mensagem com Rogério, um rapaz que conheceu no aplicativo. Quando recebia uma mensagem dele, imediatamente, “printava” e me encaminhava.

Eu, eu sou o Vini, “amigo gay” de Mariana; é assim que ela me define e sempre diz que toda mulher merece ter um amigo gay. Acredito que diga isso porque me tem como um confidente e eu me sinto feliz por isso, gosto de ouvi-la.

Ontem, as mensagens trocadas por Mariana e Rogério ficaram mais apimentadas, trocaram até fotos e, é claro, eu sei disso porque ela me encaminhou todas as mensagens e até as fotos. Mariana não é uma garota tímida e gosta de falar sobre assuntos íntimos com muitos detalhes. Fui dormir tarde, lendo todas as fantasias de Mariana interessada no boy.

Naquela noite, sonhei que caminhava tranquilamente na orla da praia, observando o mar. A água tinha uma cor azul linda, as espumas que formavam depois da onda eram branquinhas; parecia que ao invés de caminhar, estava, eu, flutuando na imensidão daquele oceano. Longe, avistei um rapaz: seu corpo em movimento me roubou a atenção! Ele vinha em minha direção. À medida que se aproximava, eu tentava lembrar de onde o conhecia e somente quando chegou muito próximo a mim e olhou profundamente em meus olhos, reconheci aquele olhar penetrante, o rosto em formato quadrado, a barba por fazer, ele era o Raphael, um velho amigo. Certamente, foi a barba que me fez não reconhecê-lo imediatamente.

Naquele momento, sorri e abri os braços para um abraço; Raphael também! E quando nossos corpos se envolveriam num abraço apertado e prazeroso, fui atacado por um enorme cachorro que num movimento rápido abocanhava minha cabeça.

Acordei assustado com aquela cena, estiquei o braço para alcançar uma garrafa d'água no criado mudo e não voltei a dormir, intrigado com aquela sequência de imagens que se apresentou em minha mente. Pensei o porquê, em um momento de enorme prazer, fui tomado pelo susto e medo. Percebi que já tinha sentido a mesma sensação acordado. Lembrei da primeira vez que beijei um menino, quando senti sua boca na minha, minhas pernas tremeram, não de prazer, mas de medo de ser visto, o que bloqueou qualquer sensação boa de acontecer.

Já são sete da manhã, hora de esquecer dos sonhos, vestir o uniforme e ir para rua. Surpresa! Encontrei o Raphael, no ônibus, e diferente do sonho, o reconheci no momento em que passou pela catraca. Acenei para ele que se sentou ao meu lado. Contei todo o sonho e marcamos de nos vermos novamente na casa dele. Agora, era eu quem estava todo empolgado para encontrar o boy e com quem conversar sobre isso? Mariana.

Comecei contando a Mariana que já havia saído algumas vezes com o Raphael e queria falar sobre como foi bom, mas, logo, ela, com o rosto ruborizado, me interrompeu dizendo: "Vini, sou sua amiga, mas pode me poupar dos detalhes sórdidos, por favor." Calei e percebi que minha noite com o Raphael ficaria, apenas, entre quatro paredes e entre mim e ele. Era a frase de Mariana que agora abocanhava minha cabeça.

APÊNDICE C – MEN’S ROOM, saúde e bissexualidade

O rapaz da mesa à frente parece esperar alguém, será um primeiro encontro? Quando eu cheguei, ele já estava sentado, parecia nervoso, olhava o tempo todo para o celular, Não demorou muito, um perfume de jasmim com fundo amadeirado tomou conta do local: uma moça com vestido curto, cabelos pretos, lisos, na altura do ombro, acaba de sair da escada rolante e lançar seu olhar para a praça de alimentação à procura de algo ou alguém. O lugar está quase vazio a não ser por mim, uma senhora sentada duas mesas atrás e o rapaz que agora se levanta: era por ela que ele esperava, percebo pelo seu sorriso. Ela caminha em sua direção e os cantos dos seus lábios estão esticados em direção às orelhas. Mais um passo e os braços dele agora envolvem a cintura dela. Com um braço apoiado nos ombros dele e outro repousando sobre o ar, ela agora flutua num balé da paixão. Esse amor não é proibido, se expressa em qualquer lugar público. Eu, agora, estou lembrando dos amores que só se podem expressar num único local público. Lá, os olhos também se cruzam à procura de algo e alguém ou melhor algo em alguém. Lá, o coração dispara e, por vezes, sou tomado por pura libido. Confesso que nem todas as vezes me reconheço depois de sair de um banheiro público, masculino. Não pelo que sou aqui fora, mas pelo que acontece comigo lá dentro. É quase a mesma coisa que acontece quando estou com a minha esposa. Aliás, agora é ela que sobe as escadas rolantes a caminho do nosso almoço.

APÊNDICE D – O QUE ERA AQUILO? Saúde da pessoa trans.

Parecia uma cena de cinema, um filme de terror, mas claramente aquele local não era apenas um cenário. Rua de terra em um bairro periférico de Campinas, município do estado de São Paulo. Na entrada do pequeno cômodo, havia uma cobertura de telha de amianto; a porta era dessas grandes e de aço. Na parede, havia uma propaganda de cerveja. Tudo indica que durante o dia, ali, funcionava um bar onde pessoas se encontravam para beber e jogar conversa fora.

Quase todos os dias, o clima do bar era de alegria e amizade, mas como toda história humana, alguns dias eram marcados por brigas, excessos, confusão, raiva, mágoas e histórias...

As pessoas constroem história nesse local, mas não aquelas contadas num livro ou interpretadas por atores, são histórias desenhadas pela vida como uma dessas que contarei a seguir.

Yana sempre teve sua vida marcada por dúvidas em relação a sua identidade. Quem era Yana? Uma vez, enquanto aguardava sua vez chegar para pagar suas compras no supermercado, uma criança que estava com os pais, logo à frente, perguntou: “Pai, o que é aquilo?”

Aquilo era o nome mais tranquilo de que Yana já foi chamada. Desde a sua adolescência e principalmente agora que estava tomando conta do bar de sua tia já foi chamada de “traveca”, “marica”, “aberração” e muitos outros nomes.

Jakson passou a frequentar o bar recentemente. Ele nasceu em Campinas, mas, naquele bairro, havia acabado de chegar. Passou parte da sua vida no distrito de Ouro Verde. Gostava de ir para a igreja com sua avó, mas quando o assunto era o demônio, sentia um frio percorrer toda a sua espinha; era medo e ódio. Ainda na adolescência, começou a beber e fumar, depois, usar drogas. Nessa época, ouviu dizer que o demônio estava tomando conta de sua vida.

Na noite em que as vidas de Yana e Jakson se encontraram, havia uma brilhante lua no céu que serviria como única testemunha daquele encontro. Beberam, riram e se interessaram um pelo outro.

Próximo à meia noite, entraram no cômodo, fecharam a porta e se entregaram ao prazer. Jakson estava excitado e, no auge do prazer, sentiu um frio percorrer toda a sua espinha - aquele que sentia nas pregações – e uma frase reverberava em sua cabeça: “Não seja controlado pelo seu corpo. Mate qualquer desejo pelo tipo errado de sexo”.

Algumas memórias e delírios aterrorizaram sua noite. Jakson se deixou levar pelo que era proibido e como numa sessão de exorcismo e redenção se encarregou de rasgar o peito de sua amante e retirar todo o mal que ali habitava. O pulso vital representava a origem do mal e retirá-lo seria a única forma de livrar o mundo da aberração.

No dia seguinte, o corpo de Yana, sem vida e dignidade foi encontrado no chão com o peito dilacerado e no lugar do coração a imagem de uma santa.

Mateus Campos Silva¹

Walter Budacs Junior²

RESUMO

Com o aumento e conseqüente desenvolvimento das práticas esportivas para pessoas com deficiência (PcD), o paradesporto brasileiro vem aumentando a cada ciclo paralímpico seu número de paratletas e como resultado as suas conquistas. Diante disto, este artigo buscou analisar as condições de investimentos para a prática esportiva de PcD em alto rendimento no Brasil, analisando questões salariais, patrocinadores, gestores e treinadores. Tendo em vista os indícios existentes, este estudo, baseado em pesquisas bibliográficas, documentais e de campo, mediante entrevistas de campo com paratletas de diversos esportes, pode-se trazer ao fim do estudo que não há uma gestão organizada do esporte paralímpico brasileiro.

Palavras chave: Gestão do Esporte Paralímpico, Esporte Paralímpico, Paradesporto Brasileiro e Paratletas.

ABSTRACT

¹ Graduado em Administração de Empresas. Comprador no Serviço Social do Comércio (SESC – Pompéia).

² Doutorando em Administração; Mestre em Governança Corporativa. Especialista em Marketing, Gestão Empresarial e Finanças. Graduado em Administração de Empresas. Palestrante. Docente no ensino superior e atuação mercadológica na área financeira, econômica, gestão de pessoas e de consultoria empresarial.

With the increase and consequent development of sports practices for people with disabilities (PwD), the Brazilian Paraspport has been increasing its number of athletes in each Paralympic cycle and, as a result, its achievements. In view of this, this article sought to analyze the investment conditions for high performance PwD sports in Brazil, analyzing salary issues, sponsors, managers and coaches. In view of the existing evidence, this study, based on bibliographical, documentary and field research, through field interviews with athletes from different sports, can bring to the end of the study that there is no organized management of brazilian paralympic sport.

Key words: Paralympic Sport Management, Paralympic Sport, Brazilian Paraspport and Parathletes.

INTRODUÇÃO

Compreender a importância e incluir os indivíduos no meio social é papel de qualquer governo; entender a relevância e se sensibilizar por inserir cerca de 6,7% da população brasileira, que possui algum tipo de deficiência de acordo com o IBGE (2010), no seio da sociedade é provocador; contudo, é mais desafiador garantir que essas pessoas possam ser introduzidas no esporte.

Os Jogos Paralímpicos se correlacionam com a 2ª Guerra Mundial, de 1939 a 1945, que deixou milhares de pessoas mortas e com deficiências causadas. A introdução desse esporte para deficientes ocorreu na Grã-Bretanha, por iniciativa do Dr. Ludwig Guttmann, que havia aberto um centro de lesões de medula espinhal no Hospital Stoke Mandeville. No início, a prática do esporte era recreativa, mais à frente tornou-se competitivo com a formação do Comitê Paralímpico Internacional (CPI). Em 29 de julho de 1948, na mesma Vila de Mandeville ocorreram os primeiros jogos, somente com paratletas em cadeira de rodas, edição denominada de Stoke Mandeville Games.

Em 1960, em Roma, Itália, os jogos com pessoas deficientes passaram a se chamar Jogos Paralímpicos, e, a partir desse ano, a competição ocorre a cada 4 anos Comitê Paralímpico Internacional (2019).

O esporte paralímpico brasileiro teve início em 1959, com a fundação do Clube do Otimismo (CO) do Rio de Janeiro e do Clube dos Paraplégicos de São

Paulo (CPSP), que realizaram o primeiro jogo de basquete em cadeira de rodas (GUTIERREZ & MARQUES,2014, p.159).

No Brasil, o negócio do esporte é uma indústria em pleno desenvolvimento, um negócio dotado de um grande mercado e de um elevado potencial de venda e comercialização Lima e Melo Neto (2013). Nesse cenário promissor, compreender como são feitos os investimentos na área do esporte paralímpico é instigante, haja vista o notável desempenho dos paratletas brasileiros nas competições mundiais, conforme denunciam as manchetes dos jornais, dentre eles o *El Pais*, 2019: Brasil volta de Lima com a melhor campanha da história dos Jogos Parapan-Americanos: os brasileiros terminaram em primeiro lugar no quadro de medalhas do Parapan do Peru com 124 ouros e 308 medalhas no total, melhor marca de todos os tempos na competição. (EL PAIS,2019).

A manutenção de resultados de alto rendimento é fator chave para obtenção de recursos financeiros, públicos ou privados, e, aumentando a captação dos recursos, a tendência para a profissionalização, no esporte paraolímpico, se torna mais real de acordo com Gaya et al. (2016, p. 3001).

Tendo como ponto de interesse a aplicação de recursos no esporte paralímpico, este estudo, baseado em relatos de paratletas de modalidades distintas e de diferentes estados da federação, se propõe a responder à questão: como o esporte paralímpico brasileiro está sendo gerido? A hipótese é que não há uma gestão organizada do esporte paralímpico brasileiro. Essa pressuposição se baseia no fato de que as Paralimpíadas Rio 2016, de 2012 a 2016, 90,6% da delegação brasileira era contemplada pelo Bolsa Atleta, o valor desta bolsa variando entre cinco mil a quinze mil reais, sendo que deste montante 96% não tinham outra fonte de apoio de acordo com Picciani (2017, como citado em Medeiros 2017). Se houvesse uma gestão organizada, além dos patrocínios, contribuindo financeiramente com os paratletas, haveria uma relação mais estreita entre o esporte e a mídia, colaborando para a divulgação e o surgimento de novos talentos de acordo com Gutierrez, Almeida, Menezes e Marques (2013).

Para Reis (2014), há três modos de administrar o esporte paralímpico brasileiro: 1) confederação de determinado esporte olímpico administrando o paralímpico; 2) confederação exclusiva para uma única modalidade paralímpica;

3) confederação de uma deficiência específica tomando conta de vários esportes.

Para verificação da hipótese, o objetivo geral que norteia esta investigação é identificar como o esporte paralímpico está sendo gerido atualmente no país. Especificamente são objetivos deste trabalho: (I) verificar a disponibilidade, qualidade e quantidade de infraestrutura colocada à disposição dos atletas; (II) verificar se há o pagamento de salário, bolsa ou ajuda de custo para suprir as necessidades pessoais dos atletas; (III) verificar a presença de gestor esportivo e treinador técnico; (IV) verificar a existência de patrocinadores ou outras formas para captação de recursos financeiros; (V) verificar a disponibilidade de meios de comunicação e divulgação do esporte paralímpico.

Este artigo está estruturado em sete seções, sendo esta primeira a Introdução. Na segunda seção, será apresentada a Fundamentação Teórica. Na terceira, será descrita a Metodologia. Na quarta, estarão os Resultados e Discussão. Na quinta seção, serão feitas as Considerações Finais. Na sexta os Agradecimentos e, por fim, na sétima seção estão as referências utilizadas na pesquisa.

METODOLOGIA

A metodologia consistiu na realização de leituras de artigos, livros e sites sobre o esporte paralímpico, e entrevistas de campo, realizadas no segundo semestre de 2019, com paratletas profissionais e amadores, a fim de identificar a importância que a gestão tem para o direcionamento da formação de paratletas em condições de disputarem competições e obter resultados significativos.

A pesquisa de campo foi feita com 2 paratletas do basquete em cadeira de rodas, 2 do parabadminton e 3 do vôlei sentado, totalizando 7 paratletas, distribuídos entre 4 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. Os atletas selecionados para entrevista são de diferentes estratos sociais, sexo, raça, nível de instrução e provenientes de diferentes regiões do país, de modo a representar a heterogeneidade do povo brasileiro.

As entrevistas realizadas no CPB e no Ginásio Professor José Liberatti, possibilitaram estabelecer um quadro do que vem sendo feito efetivamente no esporte paralímpico a respeito de sua gestão.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, não havendo um número de perguntas definidas, pois cada paratleta podia explicar seus comentários, como um relato de vida. Porém, havia perguntas norteadoras para o início da conversa, tais como: a modalidade praticada; a estrutura do local de treinamento; o suporte oferecido; os profissionais envolvidos no desenvolvimento da modalidade dentro do time; a visão do paratleta sobre a gestão; o motivo pela falta de visibilidade no esporte paralímpico, e o que esperam do futuro do esporte paralímpico brasileiro.

ARGUMENTAÇÃO TEÓRICA

O Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB) se propõe a ser uma referência mundial na gestão e desenvolvimento do esporte paralímpico, promovendo a inclusão de pessoas com deficiência (PcD) em todas as suas dimensões. Além disso, a missão desse comitê é promover o esporte paralímpico, desde a iniciação até ao alto rendimento e sua inclusão na sociedade Comitê Paralímpico Brasileiro (2019). A questão é como a instituição se posiciona de modo a promover as ações a que se propõe, para que o esporte paralímpico possa estar próximo do cidadão.

No movimento de se ter uma organização eficiente e com participação benéfica na gestão dos recursos esportivos, Bateman e Snell (1996, como citado em Rocha & Bastos 2011, p.94), definem a gestão do esporte como o processo que trabalha com pessoas e recursos materiais para realizar objetivos de organizações esportivas de maneira eficaz, permitindo o melhor desenvolvimento dos envolvidos. Para que isso ocorra, de acordo com Penafort (2001, como citado em Gutierrez & Marques, 2014, p. 114), é necessário incentivo e criação de mais oportunidades desde a base no esporte paralímpico, observando que o esporte de alto rendimento é restrito a poucos atletas. Para Mello (2011, como citado em Gutierrez & Marques, 2014, p. 168), o CPB mudou o foco do esporte adaptado brasileiro: de pautado pela participação e passou a perseguir a competição e a excelência em resultados, possibilitando a sua evolução nacional nos últimos anos.

As fontes bibliográficas disponíveis não fornecem com clareza o cenário de como vêm sendo conduzidas, no Brasil, as atividades de gestão do esporte,

como vivem e qual a estrutura administrativa disponível para os paratletas no Brasil. No entanto, suas performances podem ser obtidas por meio dos seus rendimentos nos últimos seis ciclos paralímpicos. Para isso, na sequência, há os gráficos que demonstram a evolução do esporte paralímpico brasileiro nas últimas seis Paralimpíadas.

O gráfico a seguir representa a evolução do Brasil nas últimas seis Paralimpíadas em que participou, mostrando, em cada ano, o número de medalhas de ouro, prata e bronze respectivamente.

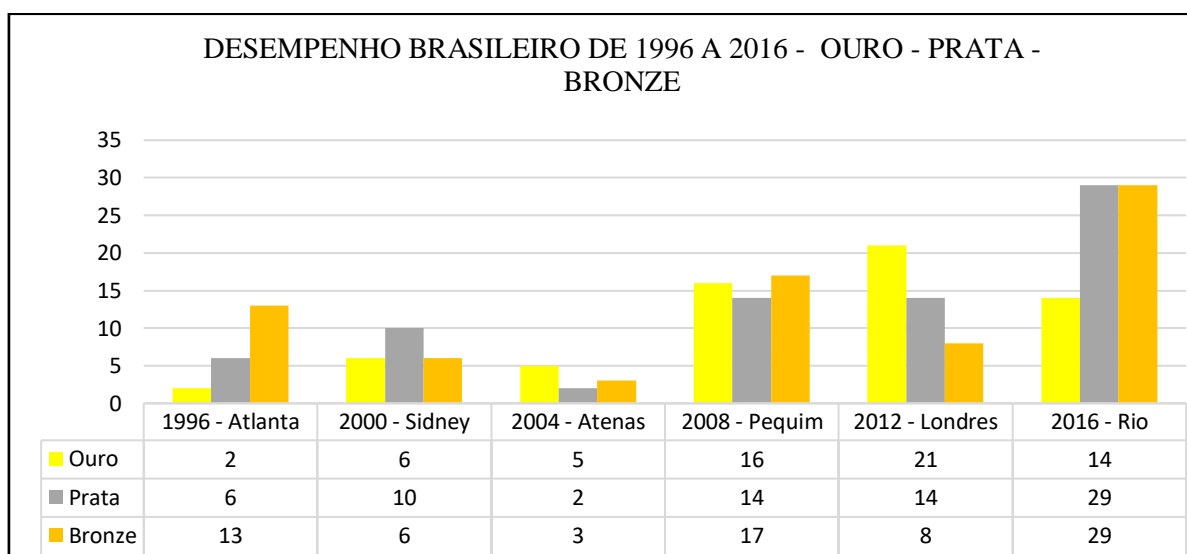


Gráfico 1 – Gráfico de desempenho brasileiro de 1996 a 2016 – ouro – prata – bronze.

Pode-se definir que o Brasil teve uma grande evolução no decorrer das últimas 6 Paralimpíadas em vista do crescente número de conquistas representado no gráfico, sendo respectivamente 21 medalhas em Atlanta, 22 Sidney, 10 Atenas, 47 Pequim, 43 Londres e 72 no Rio de Janeiro.

Já a posição em cada uma das edições mostra também a ascensão brasileira nas Paralimpíadas, em Atlanta 37°, Sidney 24°, Atenas 16°, Pequim 9°, Londres 7° e Rio de Janeiro 8°.

A análise do gráfico mostra uma grande evolução no número de medalhas no período de 2004-2008, havendo um crescimento considerável de 4 vezes. Esse desempenho pode ser um reflexo do período em que o Brasil se candidatou para os Jogos Olímpicos e Paralímpicos de 2016 GloboEsporte.com (2017), pois a corrida para ser sede dos eventos contou com a concorrência de cidades como

Baku (Azerbaijão) e Praga (República Tcheca), eliminadas no primeiro corte com notas menores que seis (6). As notas cidades das candidatas foram: Doha (Catar) 7,1; Madri (Espanha) 7,9; Chicago (Estados Unidos) 8,2; Tóquio (Japão) 9,0, e Rio de Janeiro (Brasil) 6,4. Ainda que o Brasil tivesse obtido a menor nota, foi a escolhida porque a economia brasileira estava aquecida e havia estrutura de suporte e amparo para a realização dos jogos em 2016. Os requisitos de segurança, transporte, rede hoteleira e apoio do governo e da população foram pontos decisivos para a realização dos jogos no Rio de Janeiro, eventos que se tornaram um legado para a nação GloboEsporte.com (2017).

É importante lembrar dois pontos: 1) em 2010, houve eleição para presidente, o que pode ter motivado a injeção de investimentos nos esportes, e 2) o Brasil, como país sede, ganhou o direito de ter atletas e paratletas em todas as modalidades, mesmo que em algumas, os atletas e paratletas não tivessem índice olímpico e paralímpico para disputa.

O gráfico a seguir mostra os investimentos realizados por meio da lei de incentivo no site Rede do Esporte (<http://rededoesporte.gov.br/pt-br/incentivo-ao-esporte/lei-de-incentivo-ao-esporte>). Houve um aumento de 61% a 62% nos anos de 2007 para 2008, e no decorrer do período que culminou com as Olimpíadas e Paralimpíadas Rio 2016, foi grande o investimento, como indicado no gráfico a seguir:

Evolução do valor captado

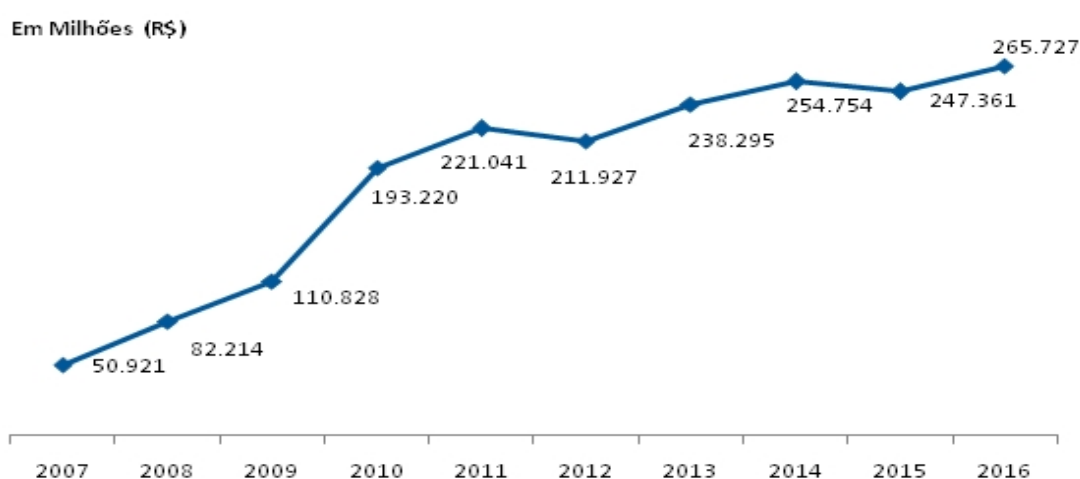


Gráfico 2 – Evolução do valor captado em milhões (R\$).

A lei 11.438 (2006) de incentivo ao esporte, sancionada em 29 de dezembro de 2006, permite que pessoas físicas e jurídicas possam investir no esporte Olímpico ou Paralímpico, podendo assim utilizar um percentual a ser descontado do valor devido no imposto de renda. O artigo 2º dessa lei menciona que ao menos uma de três manifestações deverão ser atendidas com os recursos, podendo ser para o desporto educacional, desporto de participação ou desporto de rendimento.

Para atingir o objetivo deste estudo que é identificar como o esporte paralímpico está sendo gerido atualmente no país, este estudo apresentou no quadro teórico informações sobre o desempenho brasileiro em competições e os investimentos realizados. Na seção resultados e discussão serão expostos os resultados das entrevistas realizadas com paratletas, com o intuito de entender como está sendo feito o processo de gestão do esporte.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Os diálogos com três paratletas do time de vôlei sentado da cidade de Osasco, revelou a falta de incentivo e ajuda para as pessoas que ali treinam. Os recursos que dispõem são duas bolas de vôlei muito usadas e uma rede hasteada em um espaço confinado dentro do ginásio Professor José Liberatti. Observa-se uma grande discrepância do investimento realizado se comparado com o time feminino de vôlei “convencional” do Osasco Audax, reconhecido mundialmente, que desfruta de todos os recursos e aparatos financeiros e administrativos.

O primeiro ponto destacado no time Osasquense é a falta de um gestor, papel desempenhado por dois líderes do time, que tentam suprir a demanda buscando recursos, o que os impede de se dedicarem ao esporte, dificultando a evolução da equipe. Nenhum dos paratletas recebe salário ou ajuda de custo, gerando a necessidade de exercerem atividades profissionais durante o dia, para manterem seu sustento e o de seus familiares.

A equipe não conta com profissionais especializados do esporte para melhor extrair o potencial de cada um, somente contam com a ajuda de uma treinadora voluntária, integrada ao time há pouco tempo. Dos três anos de existência da equipe, dois foram os próprios paratletas que elaboraram seus treinamentos.

Nos encontros, os paratletas relataram a falta de incentivo das empresas e da prefeitura da cidade de Osasco, que disponibiliza apenas uma sala para os treinos. Ainda assim, com recursos escassos, o time Osasquense conquistou um 3º lugar no campeonato nacional série prata.

A Constituição (1988), em seu artigo 217, prescreve que é dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não formais, como direito de cada um. Em seu capítulo II, é estabelecido que haja recursos públicos para a promoção prioritária do desporto educacional e, em casos específicos, para o desporto de alto rendimento. Nenhum desses dispositivos legais é cumprido para os paratletas do vôlei sentado.

Outro ponto mencionado pelos paratletas é a falta de exposição do esporte adaptado na mídia, não despertando atenção das empresas privadas. Os paratletas poderiam estampar as marcas das empresas em seus uniformes, atraindo a entrada de recursos. Nesse ponto, vale salientar que um dos objetivos do CPB é aumentar a visibilidade do Movimento Paralímpico no Brasil, facilitando a divulgação e a comercialização, para a conquista e fidelização de clientes CPB (2009a, como citado em Gutierrez & Marques, 2014, p. 167). No entanto, as ações do CPB são vistas como recursos disponíveis para a evolução dos paratletas consagrados. Tais recursos não são disponibilizados para os times, confederações e paratletas, provocando um desnível entre os paratletas que já inseridos no CPB e aqueles que buscam uma oportunidade.

Para expor a falta de visibilidade, vale lembrar a transmissão da cobertura das últimas Olimpíadas no Rio de Janeiro em 2016, em canal aberto e até mesmo no SporTV, canal de TV fechado, que detinha 16 canais no período, enquanto os Jogos Paralímpicos contaram com pequenos espaços na mesma emissora televisiva. Na última edição dos jogos em 2016, a Globo, detentora dos direitos de transmissão dos Jogos Paralímpicos, cedeu o sinal para a TV Brasil, emissora estatal, que transmitiu desde a cerimônia de abertura até o encerramento da competição Pereira (2015). Contudo, a TV Brasil é uma emissora pouco conhecida da população, o que inviabilizou que possíveis empresas anunciassem seus produtos com mais ênfase.

No CPB, as entrevistas foram realizadas no decorrer de uma das partidas do campeonato de basquete em cadeira de rodas feminino. As entrevistas foram feitas com duas paratletas de um dos times sediado em Belém

do Pará, uma das entrevistadas, que é constantemente convocada para a seleção paralímpica brasileira, mencionou que mesmo obtendo resultados e conquistas expressivas, os paratletas não são tão lembrados e valorizados quanto o olímpico, o que afasta de forma natural os patrocinadores.

A boa notícia, segundo uma das duas paratletas, foi a independência financeira que adquiriram devido ao esporte, podendo até mesmo visitar países para participarem de competições. Outro ponto positivo mencionado é que o time dessas paratletas possui patrocinador/investidor, um banco da região em que residem, o que contribui com as despesas de viagem e hospedagem. Todavia, o esporte praticado, o basquete, requer muito investimento, uma vez que as cadeiras de rodas devem ser adaptadas para a modalidade. As entrevistadas também mencionaram a falta de visibilidade do esporte paralímpico na mídia.

Assim como o vôlei sentado de Osasco, as paratletas do time de basquete em cadeira de rodas paraense mencionam que possuem um espaço cedido. O local pertence à equipe de futebol do Clube do Remo do Pará, que disponibiliza o seu ginásio para os treinamentos. Não é um espaço exclusivo da equipe de cadeiras de rodas, o que gera um sentimento de insegurança, pois o clube pode requerer o espaço e acabar com o projeto a qualquer momento. Além disso, a grande questão em foco é a administração do time, que se concentra inteiramente com o técnico, que acaba fazendo um pouco de tudo, como: busca de patrocínio; participação em competições, e busca de jogadoras e dentre outras questões. Tais funções deveriam ser de outros profissionais, mais competentes para realizar cada uma das atividades, conforme os preceitos da Administração.

A falta de investimento, de acordo com uma das paratletas, faz com que a população não tome conhecimento dos eventos que estão ocorrendo com as modalidades paralímpicas. Na partida do campeonato nacional, por exemplo, não havia público ou mídia para cobrir a competição, na arquibancada havia somente paratletas e comissões das equipes envolvidas.

A falta de visibilidade e oportunidades dificultam a renovação das paratletas nas mais diversas modalidades, apenas o CPB trabalha nessa frente.

Nos dois times entrevistados é evidenciada a falta de pessoas para administrarem as equipes, que contam com técnicos voluntários, com pouco tempo disponível, pois precisam trabalhar em outros locais. Sem essa ajuda

voluntária, muitas PcD estariam desamparadas não só pelo esporte, mas do convívio social.

A captação de recursos é a grande questão, pois se os times não estão expostos na mídia, devem, de alguma forma, aparecer para os investidores. Nesse momento, as equipes e os paratletas de esportes individuais devem mostrar uma espécie de currículo ou portfólio do time, algo que permita que os investidores conheçam a modalidade e o paratleta. Essa é mais uma razão para que tanto paratletas individuais quanto equipes tenham um gestor esportivo, um profissional competente para elaborar projetos de desenvolvimento, onde sejam retratados o empenho dos paratletas, as competições que as equipes poderão participar, os resultados obtidos, as vantagens que o patrocinador poderá obter e outros aspectos que promovam o time e o patrocinador em conjunto.

De acordo com Masteralexis, Nassif e Vance (2015) a gestão do esporte deve contemplar temas como políticas públicas, estratégia, liderança, marketing esportivo, gestão de patrocínios, venda de produtos esportivos, gestão de eventos, legados, empreendedorismo e entre outros.

Uma das alternativas para proporcionar a inclusão e permanência de patrocinadores e o crescimento do esporte é que haja um público que se envolva com as modalidades e com os paratletas nos mais diversos esportes. Nesse contexto, a mídia tem o papel de contribuir para a expansão do esporte paralímpico, fazendo a divulgação, para que a sociedade possa acompanhá-lo e manter o interesse. A tarefa de divulgação do esporte para a massa é impossível para o paratleta sozinho.

Os paratletas precisam de profissionais responsáveis pelo processo de administração, gerindo o esporte, a comunicação e o marketing. Eles precisam de profissionais que saibam como funciona a lei de incentivo ao esporte. Tais profissionais terão condições técnicas de elaborar uma cartilha de governança, conforme Budacs (2018), que, dentre os princípios, explique, para os investidores, os benefícios que poderão obter em termos de redução de impostos, projeção da imagem e outros retornos ao investirem nos esportes paralímpicos.

Os dois paratletas do parabadminton entrevistados estavam se preparando para o torneio nacional de classificação para o campeonato mundial. O primeiro entrevistado foi um paratleta de Brasília, que relatou a falta de incentivo na

modalidade, justificado pelo fato de ser nova e ter sido inserida recentemente para jogos de 2020 em Tóquio, alterada, em virtude do Covid-19, para Julho de 2021.

O paratleta entrevistado não recebe qualquer valor que torne o esporte o meio financiador da sua vida, porém é aposentado devido a um acidente de moto. Por isso, usa seu tempo para se tornar um paratleta de alto rendimento.

Esse paratleta deu boas referências sobre o Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE), em Brasília, que realiza o trabalho de inclusão de pessoas com deficiência, para iniciarem a prática de algum esporte adaptado e com boa estrutura. O CETEFE fornece passagens para as competições e treinos fora do estado, como ocorreu no dia da entrevista para este estudo.

É possível verificar, no site do CETEFE (2020), que existe uma estrutura que incentiva os paratletas a buscarem resultados expressivos com a sua assistência, pois a entidade é formada por órgãos administrativos estruturados, revelando o suporte a ser propiciado aos paratletas para seu aperfeiçoamento, e na busca de recursos financeiros, para que os atletas se concentrem unicamente na prática do esporte.

A segunda paratleta entrevistada, pratica o parabadminton atualmente e também praticou a modalidade de basquete em cadeira de rodas. Os recursos financeiros que dispõe são provenientes das aulas que ministra na Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Essa paratleta mencionou que grande parte da sociedade não acredita nas PcD e, por isso, não buscam conhecer mais sobre as modalidades paralímpicas, dificultando, assim, a disseminação da informação da existência das modalidades.

A paratleta disse que a burocracia impede o investimento de mais empresas no esporte, tornando a propagação do paradesporto dependente da transmissão boca a boca. Os valores captados nesse processo são obtidos pelas doações recebidas. Outro fator mencionado é que os demais estados brasileiros ainda estão muito aquém do que o CPB faz em São Paulo. Por exemplo, no estado da paratleta, Sergipe, existe um único local para uma iniciação do esporte adaptado, localizado na UFS.

As entrevistas realizadas permitiram compreender que a busca pela evolução do esporte paralímpico no Brasil passa por duas vertentes: 1) enxergar as PcD como indivíduos que devem ser inseridos no cotidiano do mundo, conforme estabelece a Declaração de Viena em 1993: as pessoas portadoras de deficiência estão em pé de igualdade com as consideradas “normais”, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, como citado por Nogueira, (2017, p.71); 2) permitir oportunidades de inclusão das PcD não somente no esporte, mas também em outros campos da sociedade, pois esse é o intuito do esporte adaptado desde o início.

CONCLUSÃO

Com base no estudo realizado, pode ser evidenciado que a evolução do esporte paralímpico brasileiro vem ocorrendo ainda de forma muito discreta e que a vinda dos jogos para o Brasil contribuiu mais pelo lado social do que esportiva.

Faltam recursos de disseminação dos esportes paralímpicos em todo o país, atestado nas entrevistas realizadas. Muito pode ser feito pela mídia brasileira para mostrar à sociedade que as PcD são competentes para grandes feitos no esporte. Com a mídia mais presente, a gestão dos recursos será imprescindível, devendo o país proporcionar a especialização dos gestores esportivos, médicos, treinadores e demais profissionais, de modo a não fazer do paradesporto um campo de voluntariado, mas um campo profissionalizado, com profissionais comprometidos com esporte paralímpico e capazes de obter grandes resultados, tornando o país uma referência mundial, pois ele tem potencial para isso.

Apesar do Brasil proporcionar a bolsa atleta, esse recurso chega para aqueles que possuem resultados significativos e, geralmente, são consagrados e em condições de treino e estrutura profissional para o esporte de alto rendimento. Porém, é necessário montar uma base de renovação para novos paratletas aparecerem no cenário esportivo, com infraestrutura técnica e de gestão. Essa expansão poderá ser feita pela gestão do esporte, definindo estratégias desde a base, trazendo jovens para praticar esportes, socializando-os e, com o tempo, integrando-os no esporte de alto rendimento. Nesse percurso esses paratletas poderão ser preparados para o término de suas carreiras

esportivas, de modo a permanecerem integrados na sociedade. Nesse momento, os paratletas poderiam ser qualificados profissionalmente em outras áreas, mediante convênios entre empresas e equipes, e, eventualmente, essas mesmas pessoas poderiam se tornar funcionárias dessas empresas, garantindo desse modo a independência financeira e a aposentadoria.

Vale considerar que o esporte paralímpico depende de uma cadeia de pessoas, que começa nos primeiros anos de educação infantil, educando as crianças para respeitarem e acreditarem no potencial das PcD. As PcD devem ser incentivadas a acreditarem e investirem em seus potenciais esportivos. Os governos devem abrir oportunidades para as PcD treinarem e incentivarem a redução de impostos para as empresas que fizerem parcerias com o esporte paralímpico. As organizações privadas devem apoiar a causa paralímpica mediante ações diversas.

Diante dos resultados apresentados, é possível concluir que este estudo, que visou identificar como o esporte paralímpico está sendo gerido atualmente no país, atingiu seu objetivo, uma vez que as pesquisas bibliográficas e entrevistas realizadas apontaram a precariedade da infraestrutura colocada à disposição dos atletas; a inexistência de pagamento de salário, bolsa ou ajuda de custo para suprir as necessidades pessoais dos atletas não consagrados; a ausência de gestor do esporte e treinador técnico; a inexistência de patrocinadores ou outras formas para captação de recursos financeiros; a indisponibilidade de meios de comunicação e divulgação do esporte paralímpico. Tais resultados confirmam a hipótese deste estudo: não há uma gestão organizada do esporte paralímpico brasileiro a não ser o que vem sendo desenvolvido no próprio Comitê Paralímpico Brasileiro.

Por fim, sugerimos que novos estudos sejam realizados, contemplando a implementação da gestão do esporte paralímpico no Brasil, de modo a garantir a sua evolução.

REFERÊNCIAS

Budacs, W.Jr. A estrutura de governança corporativa com influência dos stakeholders no esporte brasileiro. Dissertação de Mestrado. Faculdades Metropolitanas Unidas. São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Centro de Treinamento de Educação Física Especial CETEFE (2020). Quem Somos. Recuperado em 07 maio 2020, de <http://www.cetefe.org/quem-somos>.

Comitê Paralímpico Brasileiro. Institucional (2019). Institucional. Recuperado em 16 setembro, 2019, de <http://www.cpb.org.br/ocomite/institucional>.

Comitê Paralímpico Internacional (2019). History Of The Paralympic Movement. Recuperado em 22 agosto, 2019, de <https://www.paralympic.org/es/ipc/history>.

Constituição da República Federativa do Brasil 1988. (1988). Brasília.

Recuperado em 20 janeiro 2020,

https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_217_.asp.

1 El Pais (2019). Brasil volta de Lima com a melhor campanha da história dos Jogos Parapan-Americanos: os brasileiros terminaram em primeiro lugar no quadro de medalhas do Parapan do Peru com 124 ouros e 308 medalhas no total, melhor marca de todos os tempos na competição. 20 set 2019. Recuperado em 20 de janeiro 2020, de https://brasil.elpais.com/brasil/2019/09/02/deportes/1567434487_850886.html

Gaya, A.C.A.; Reppold Filho, A.R.; Haichi, M.De C.; Cardoso, V.D. Reflexões sobre a carreira do atleta paraolímpico brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, V. 21 (10), P. 2999 – 3006, 2016.

2 GloboEsporte.com. (2017). Lembre como foi: Rio foi para a escolha final por 2016 com a pior avaliação: Cidade passou para a reta final com notas piores que Doha, Madri, Chicago e Tóquio, mas acabou sendo escolhida para a primeira Olimpíada na América do Sul. Recuperado em 16 fevereiro, 2020, de www.globoesporte.globo.com/olimpiadas/noticia/lembre-como-foi-rio-foi-para-a-escolha-final-por-2016-com-a-pior-avaliacao.ghtml.

Gutierrez, G.L.; Almeida, M.A.B; Menezes, R.P.; Marques, R.F.R. Mídia e o movimento paralímpico no Brasil: Relações sob o ponto de vista de dirigentes

do Comitê Paralímpico Brasileiro. Revista Bras. Educ. Fís. Esporte, V. 27 (10), 583 – 596, 2013.

Gutierrez, G.L.; Marques, R.F.R. O esporte paralímpico no Brasil. Profissionalismo, administração e classificação de atletas. São Paulo: Phorte, 2014.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência - Censo Demográfico - Censo 2010. Recuperado em 26 agosto, 2019, de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques>.

Lima, W.A.; Melo Neto, F.P. De (2013). O despertar do esporte como negócio. EFDeportes.com, Revista Digital, V. 18 (181), 1, 2013.

Lei n. 11.438, de 29 de dezembro de 2006 (2006). Dispõe sobre incentivos e benefícios para fomentar as atividades de caráter desportivo e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em: 18 novembro, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11438.htm.

Masteralexis, L. P., Nassif, V. M. J., Vance, P. de S. Gestão do esporte: casos brasileiros e internacionais. São Paulo: LTC Grupo GEN, 2015.

Medeiros, F. (2017). Comissão do Esporte debate o esporte paraolímpico. Recuperado em 22 agosto, 2019, de <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cespo/noticias/comissao-do-esporte-debate-o-esporte-paraolimpico>.

Nogueira, C. Esporte paralímpico: Tornar possível o impossível. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

Pereira, G. G. (2015). Paramídia: a cobertura das Paralímpiadas na TV Aberta. (Relatório Técnico/2015), Florianópolis, SC, Centro de Comunicação e Expressão CCE, Departamento de Jornalismo, Universidade Federal de Santa Catarina UFSC.

Rede Nacional do Esporte (2016). Lei de Incentivo. R\$ 1,87 bilhão investidos no esporte brasileiro em todos os níveis. Recuperado em 16 fevereiro, 2020, de

www.rededoesporte.gov.br/pt-br/incentivo-ao-esporte/lei-de-incentivo-ao-esporte.

Reis, R.E. Políticas públicas para o esporte Paralímpico brasileiro. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil, 2014.

Rocha, C.M.; Bastos, F. Da C. Gestão do Esporte: definindo a área. Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte, 25 (N. esp.), 91 – 103, 2011.

ENSINO SUPERIOR NO MARANHÃO, POSSIBILIDADES E DESAFIOS PARA JOVENS DE BAIXA RENDA

José Euzébio de Oliveira Souza Aragão³

Maria de Fatima Sousa Silva⁴

Emerson Francisco de Souza⁵

³ Professor do departamento de educação e do programa de pós-graduação em educação no instituto de biociências da Universidade Estadual Paulista Júlio Preste Filho (UNESP) campos Rio Claro - SP E-mail: jose.aragao@unesp.br

⁴ Doutoranda em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), de Rio Claro-SP; Mestrado (UFPI); Pedagoga (UEMA); membro do GEPES da UNESP-Rio Claro. E-mail: mfs.silva@unesp.br.

⁵ Professor da rede estadual de ensino do estado de São Paulo, Professor da Faculdade Capital Federal (Fecaf) doutorando em Educação Universidade Estadual Paulista Júlio Preste Filho (Unesp) Rio Claro. E-mail: emerson.f.souza@unesp.br.

RESUMO

Na sociedade contemporânea, embora contemplada com os avanços científicos e tecnológicos, a qualidade da educação no ensino público ainda é um desafio – indicador que contribui para a exclusão de muitos jovens do acesso ao ensino superior. Dentre as diversas fragilidades nas políticas educacionais, selecionamos o acesso de inclusão e permanência, no ensino superior, de jovens de baixa renda no Maranhão, estado brasileiro demarcado por aspectos econômicos de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), bem como desigualdades sociais. Este estudo de cunho bibliográfico objetiva analisar as tendências de acesso ao ensino superior de jovens de baixa renda, bem como aos cursos mais ofertados. Para tanto, optamos por um recorte temporal (2017 e 2018), nessa região do Nordeste, cujo objeto de análise, como parâmetro, é o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e o Programa Universidade Para Todos (ProUni). Para que se obtenha o ProUni, o aluno precisa realizar as provas do ENEM, e então são concedidas bolsas de estudos em instituições privadas a alunos que se encaixam nas políticas afirmativas, bem como para os de baixa renda. Portanto, este trabalho pode contribuir para ampliar as discussões e efetivar medidas alinhadas às políticas existentes, que possam pensar de fato nas demandas de jovens socioeconomicamente carentes que almejam ingressar no ensino superior, oriundos tanto da região maranhense, quanto de outras.

Palavras-chave: Ensino Superior. Exclusão Social. Programas Institucionais.

ABSTRACT

Contemporary society, although contemplated with scientific and technological advances, the quality of education in public education is still a challenge, an indicator that contributes to the exclusion of many young people accessing higher education. Among the various weaknesses in educational policies, we selected access to inclusion and permanence in higher education for low-income youth in the State of Maranhão, a region of Brazil demarcated by the economic aspects of low Human Development Index (HDI), and despite the marks social

inequalities. This bibliographic study aims to analyze the trends of access to higher education for low-income youth, as well as the most offered courses. In this study, we chose a time frame from 2012 to 2019, in this northeast region, whose object of analysis as a parameter is the National High School Exam (ENEM) and the University for All Program (ProUni), which in turn access to education higher education consists of carrying out the ENEM to design scholarships at private institutions for students that fit into affirmative policies as well as low-income students.

Keywords: Higher Education. Social exclusion. Institutional Programs.

INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva mostrar o panorama de oferta do Ensino Superior aos jovens maranhenses por meio das políticas de cotas, enfocando o egresso, permanência, desafios e modalidades dos cursos ofertados. Neste estudo também se analisa e problematiza o diagnóstico situacional do Ensino Superior no estado do Maranhão, nos últimos dez anos, com ênfase nas mudanças ocorridas com a globalização e as políticas públicas de acesso ao ensino superior. Dito isto, surgem algumas questões pertinentes: Quais os principais desafios os jovens maranhenses enfrentam para acessar o ensino superior por meio dos programas ENEM e ProUni? Qual o avanço desse nível de ensino no estado? A quais estratégias esses jovens recorrem para ingressar e concluir o Ensino Superior?

Reitera-se que parte deste estudo é de cunho bibliográfico, elucidando as informações estatísticas do Censo da Educação Superior no período compreendido entre 2017 e 2018. No intuito de potencializar a compreensão sobre as interferências desses programas de acesso ao ensino superior e a trajetória acadêmica dos jovens maranhenses, bem como seus perfis, foi realizada uma pesquisa com alguns destes que participam, ou participaram, desses programas de políticas educacionais. Para colher as informações pertinentes ao tema, utilizou-se o questionário on-line *google forms* a eles direcionado. No tocante a essa questão, considerou-se interessante iniciar o estudo, pontuando algumas observações referentes ao estado do Maranhão,

com um breve contexto do Ensino Superior, o panorama de acesso a esse nível de ensino, o perfil e seus desafios.

METODOLOGIA

Neste trabalho, foi adotada a metodologia bibliográfico-documental e pesquisa quanti-qualitativa. E foram analisadas e apresentadas informações de órgãos oficiais sobre o Ensino Superior no Maranhão.

Foi realizada também uma pesquisa com os jovens maranhenses que participam e/ou participaram de algum programa de acesso a esse nível de ensino.

Para coletar tais informações, foi usado questionário on-line, cujo link foi disponibilizado por meio de WhatsApp de grupo de pesquisa e de universidades do estado. Conforme Richardson (2012), o questionário é um instrumento eficiente para descrever e observar as características de determinadas variáveis de um grupo social. Nessa perspectiva, os relatos dos estudantes tornaram possível desenhar seu perfil socioeconômico, bem como compreender os fatos que lhes permitiram obter acesso ao ensino superior e a trajetória acadêmica por eles vivenciada. O link do questionário, seguido de explicações sobre o objetivo da pesquisa, foi enviado aos grupos em 04 de novembro de 2020, e, até 12 de novembro, foram obtidas respostas a 19 questionários.

Para interpretar os dados neles contidos, e nos documentos, foi utilizada a técnica de *análise de conteúdo* que, segundo Bardin (2011. p. 56), “consiste numa visão inicial, que vai se familiarizando com os documentos, com os textos que serão analisados”, cuja leitura proporciona à pesquisa uma visão geral referente ao que é pertinente aos participantes.

Uma breve história do ensino superior no Brasil

O Ensino Superior no Brasil apresentava atraso histórico em relação aos demais países da América Latina. Desde o século XVI, os espanhóis fundaram as universidades no “Novo Mundo” (a América) com todo aval do catolicismo. No entanto, o Brasil inaugurou suas primeiras universidades apenas no século XIX, ou seja, três séculos mais tarde.

Entretanto, algumas instituições escolares, com caráter de universidade, já existentes anos anteriores, eram controladas pela igreja católica e tiveram uma

função primordial na formação de membros para o catolicismo, destinada a uma elite colonial.

Em 1808 – com a vinda da família real, fugida de Portugal pela expansão napoleônica –, antes de chegar à capital, Rio de Janeiro, Dom João VI, pressionado pela elite baiana, assinou o decreto por meio do qual foram dados os primeiros passos para a criação de uma universidade brasileira. Nele, foi criado os cursos de cirurgia anatômica e obstetrícia.

E, em 1827, foram concebidos no Brasil dois cursos de Direito: um no município de Olinda-PE, Nordeste do país, e outro em São Paulo- SP, na região Sudeste. No século XX, com ideário positivista republicano, a primeira universidade (Universidade do Brasil) foi criada em 1820, pelo Decreto nº 14.343, que oferecia diversos cursos. Ela não desconsiderava que a Educação Superior esteve reservada à elite brasileira, a uma pequena parcela da população. Já as classes trabalhadoras não tinham acesso nem à Educação Básica.

Em 1878, com a reforma Leôncio Cavalcante, ficou o Ensino Superior brasileiro subordinado ao centralismo imperial, sempre influenciado pelos setores privados, tendo em vista que as iniciativas privadas buscaram a formação superior para defenderem seus interesses econômicos e sociais. Por isso, escolheram profissões liberais. Portanto, todas as decisões sobre ensino superior estiveram condicionadas ao ministro Leôncio, que defendia os desejos da iniciativa privada, dentro do órgão público (SAMPAIO, 2001).

Assim, a escolha de docentes para ministrar aulas nas instituições de ensino superior, nesse período, esteve extremamente condicionada a questões políticas e não acadêmicas. Logicamente só eram escolhidos, e atuaram nessas universidades, docentes que atendessem às ideologias do governo. Dessa forma, os positivistas que assumiram o poder, nesse período, e governaram até o início do século XX, não tiveram como meta criar um ensino universitário, mas apenas cadeiras espalhadas pelo país para atender a demandas específicas das elites provinciais. E assim puderam controlar todas as ações do ensino superior.

Após a Abolição da Escravatura (1888) e o início da República Velha (1889), havia outros interesses políticos no poder, um governo descentralizado. Num período de 30 anos, foram criadas no Brasil mais de 60 cadeiras de ensino superior espalhadas pelo país. Em São Paulo, uma de suas províncias mais ricas, surgiram os sistemas educacionais, que fizeram parte da modernização do

estado, com investimento oriundo das fazendas cafeeiras. Desse modo, as elites se interessaram por investimentos em tecnologia e buscaram aumentar a produção agrícola.

Já nas primeiras décadas do século XX, foram fundadas a Associação Brasileira de Educação (ABE) e a Academia Brasileira de Ciências (ABC). Em 1912, no estado do Paraná, foi instituída formalmente a primeira universidade estadual do Brasil. Nesse mesmo período, mais especificamente em 1920, foi inaugurada a Universidade do Brasil, que procurou exercer a união das cadeiras existentes no ensino superior para transformá-las em universidade. No entanto, ela continuou condicionada ao governo central e à iniciativa privada, sem autonomia para suas atividades e sem grupos de pesquisas (IDEM. Ibidem).

Na década de 1930, com a revolução liberal, sob a liderança de Getúlio Vargas, Francisco Campos é nomeado ministro da Educação e Saúde, apresentando reformas estruturais nos ensinos de base e superior. Com essa reforma, o então ministro deu, para o estado e a Federação, autonomia para organizar o ensino superior no Brasil. Essa nova organização buscava a conservação da educação tradicional superior, não havendo espaços para a divulgação e a criação de institutos de pesquisa.

Como resultado do descontentamento de São Paulo com o governo federal, ocorreu a Revolução Constitucionalista em 1932. E, depois, em 1934, surgiu a Universidade de São Paulo (USP), financiada pelas elites intelectuais paulistas, dispendo de extrema autonomia, rompendo a lógica do ensino superior tradicional que existia no Brasil até o período de sua fundação.

As novas universidades, desta forma, não se constituíram a partir de demandas de amplos setores da sociedade nem de reivindicações do pessoal das instituições de ensino superior existentes. Foi antes uma iniciativa de grupos de políticos, intelectuais, e educadores, nem sempre ligados ao ensino superior. A universidade se implanta através de confrontos, negociações e compromissos, que envolviam intelectuais e setores dentro da própria burocracia estatal. Este processo é extremamente complexo, pois se dá em um momento de mudança de regime político, de tal forma que os proponentes da reforma se encontram ora integrados nos grupos dominantes, ora em oposição a ele (IDEM, 2011, p. 13).

Entre as décadas de 1940 e 1960, não houve mudanças significativas nas universidades brasileiras no sentido de reformas burocráticas. No entanto, as redes de ensino são expandidas com a criação das redes federal de ensino superior, das universidades controladas pela igreja católica, as pontifícias, e de outras instituições de menor porte, principalmente no estado de São Paulo. Assim, o número de matrículas do ensino superior passou de 27.671 para 93.202 (IDEM. Ibidem).

A década de 1960 ficou marcada pela repressão no Brasil, principalmente a partir de 1964 com o regime militar. No entanto, na contramão da conjuntura política nacional, houve a reforma universitária de 1968. Dentre as várias medidas adotadas, houve maior participação dos estudantes na parte institucional das universidades públicas e privadas. Assim, graças à necessidade de mão de obra mais qualificada para a produção do capital, houve aumento nas demandas de vagas no período ditatorial. Em 1960, o Brasil ofertava cerca de 93.902 vagas, e na década de 1980, por volta de 1.345.000. Em relação a isso, Minto (2014, p. 299) traz uma reflexão mais profunda sobre a atuação dos militares diante do ensino superior no Brasil:

(...) Muitos autores já discutiram a questão dos militares e sua crença na ciência e tecnologia como fundamentais para o desenvolvimento nacional, que os teria induzido a certas opções políticas no que se refere à universidade. Contudo, o que a história revela é que a universidade (e a educação superior em seu conjunto heterogêneo) herdada das reformas de 1968 é de todas as formas restringida pela repressão política e ideológica do regime, a não ser num sentido muito marginal, permanecia servil aos interesses hegemônicos que a instituíram. Não era a reforma pretendida pelas forças de esquerda, almejada pelos críticos, pelos movimentos sociais e pelos estudantes.

No período de 1980 a 1994, havia no Brasil uma conjuntura muito complicada, com inflação alta e o *impeachment* do presidente da República daquele período etc. Retornou-se ao Estado Democrático apenas com a eleição do sociólogo Fernando Henrique Cardoso (FHC)⁶. Com relação ao ensino superior, o governo FHC mostrou-se preocupado em beneficiar as políticas neoliberais em ascensão nesse período. Assim, nomeou para o cargo de ministro

⁶ Foi a segunda eleição presidencial do país após a promulgação da Constituição Federal de 1988. O sociólogo Fernando Henrique Cardoso (PSDB-SP) venceu no primeiro turno o sindicalista Luiz Inácio Lula da Silva (PT-SP), com 34.314.961 de votos contra 17.122.127.

da Educação o economista Paulo Renato Souza, ex-secretário da Educação do estado de São Paulo, ex-reitor da Universidade Estadual de Campinas, e, naquele momento, técnico do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).

No entanto, o governo ficou marcado por outras medidas na área educacional. A principal delas foi a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996. Segundo o documento, o ensino superior seria regulado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), qualquer abertura e fechamento estariam condicionados ao ministério e todas as instituições de ensino superior do Brasil passariam por avaliação contínua (CUNHA, 2003). Sem dúvida, com a nova LDB, as universidades desenvolveram mais autonomia.

Diferentemente da primeira LDB (de 1961), a de 1996 tratou detalhadamente da autonomia universitária, estabelecendo, em dois artigos, contendo cada um, numerosos itens, o que esse tipo de instituição poderia fazer. Dentre eles, reassegurou a possibilidade (negada às instituições isoladas de ensino superior) de criar e extinguir cursos, assim como de determinar o número de vagas de cada um, elementos importantes para a sintonia das instituições privadas com o mercado (IDEM. Ibidem, p. 8).

Ao final do governo FHC, pôde-se perceber que sua política foi bem-sucedida, pois houve uma expansão significativa das matrículas em universidades privadas. No seu primeiro ano de governo, havia 63 universidades e, ao final, já eram 156. E, com isso, as universidades públicas ficaram estagnadas.

Quadro 1

Número de instituições e de estudantes no ensino superior (graduação), segundo tipo e dependência administrativa – Brasil, 2001.

INSTITUIÇÕES/ ESTUDANTES	TOTAL	INSTITUIÇÕES PÚBLICAS	INSTITUIÇÕES PRIVADAS
Instituições			
Universidades	156	71	85
Centros Universitários	66	2	64
Federações	99	2	97
Faculdades Isoladas	1.036	82	954
Centr. Educ. Tecnol.	34	26	8
TOTAL	1.391	183	1.208
Estudantes (mil)			
Universidades	1.956,5	816,9	1.139,6
Centros Universitários	338,3	5,8	332,5
Federações	166,2	5,1	161,1
Faculdades Isoladas	538,3	80,6	457,7
Centr. Educ. Tecnol.	31,5	30,8	0,7
TOTAL	3.030,8	939,2	2.091,6

Fontes: MEC/INEP, Censo Escolar, Ensino Superior, 2001.

A partir de 2002, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), várias medidas foram tomadas para possibilitar, às camadas da população mais desfavorecidas economicamente, acesso ao Ensino Superior, com uma clara evidência de incentivos públicos através dos mais diversos programas. Dentre eles, destaca-se o Programa Universidade para Todos (ProUni), de 2004, que disponibilizou de 50% a 100% de bolsas de estudos aos chamados alunos de baixa renda.

O Programa Universidade para Todos (ProUni) (BRASIL, 2005) oferece bolsas de estudo, integrais ou parciais, para frequência a cursos de nível superior em instituições privadas mediante contrapartida de isenção de tributos às instituições que aderem ao programa. Tem seu foco em alunos egressos de escolas públicas de ensino médio, ou alunos da rede particular que neste nível foram bolsistas integrais com renda familiar per capita de até três salários mínimos. O critério de seleção tem como base a nota obtida no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) e o programa oferecem também aos estudantes a Bolsa Permanência e a possibilidade para o bolsista parcial de financiar, pelo Fies, a parte da mensalidade não coberta por sua bolsa ProUni. Os dados sobre o número de bolsas concedidas mostram crescimento maior a partir de 2010. Em 2010 verifica-se a concessão de 240.441 bolsas, entre integrais e parciais, primeiro e segundo semestres, em 2015 chega-se a 328.117, e, em 2017 alcança-se 461.925 bolsas (GATTI, 2019, p. 57).

Uma breve história do ensino superior no Maranhão

Os debates sobre a formação do ensino superior no Maranhão eram em princípio vinculados à Primeira República (1889-1930) e, assim, não podemos deixar de lembrar que, desde o período colonial, esse estado apresentava índice muito alto de viabilidade de problemas sociais. No entanto, filhos da elite local, como na maior parte do Brasil, adquiriram sua formação na Europa, mais especificamente em Portugal, como em grande parcela das elites brasileiras do período. Para continuar esta conversa, não se pode esquecer os aspectos econômicos do Maranhão, como no Brasil em geral, mas de maneira mais precária do que em alguns estados, que tinha uma economia extremamente voltada para a agroexportação, com os problemas políticos decorrentes da Primeira República, com um domínio amplo dos coronéis do cenário político.

O ensino superior maranhense está ligado a uma questão de luta intensa. Domingo Castro Perdigão, professor de piano e violino, foi diretor da Biblioteca Pública do Maranhão (BASTO; ERMEL, 2009). Ele foi o principal idealizador da Faculdade de Direito no Maranhão, com ajuda do cônsul de Portugal nesse estado, senhor Manoel Fran Paxeco, fundada em 28 de abril 1918, com o doutor Viana Vaz como primeiro diretor.

A segunda instituição de ensino superior maranhense é a Escola de Farmácia, fundada a 12 de março de 1922, tendo como seu principal idealizador o doutor Luiz Lobato Viana e Cesário do Santo Veiga, farmacêutico. Ressaltamos aqui que vem se desenvolvendo o surgimento das instituições de ensino superior graças a uma necessidade das elites locais. Por exemplo, um cidadão da elite maranhense para fazer um tratamento dentário nesse período precisava procurar os grandes centros, como São Paulo e Rio de Janeiro.

No final da República Velha de 1930, com o governo getulista temos um novo cenário para a educação superior. No caso do Maranhão especificamente, de 1930 a 1937 teve sete interventores. Neste período foram instalados os centros acadêmicos nas duas universidades maranhenses. E, de 1937 a 1945, temos a ditadura getulista, e as reformas educacionais de Capanema. E, assim, a autonomia universitária é negada (COSTA, 2017), e no Maranhão há uma expansão dos ensinos profissionalizantes.

Em 1939 o Estado Novo fecha a Faculdade de Farmácia e Odontologia, alegando irregularidades em sua administração. E, em 1941, suas portas são definitivamente cerradas por meio do decreto n. 8.085 de 21 de outubro.

As faculdades foram reabertas somente em 1944, sob outra denominação e mantidas pela recém-criada Fundação Paulo Ramos. “Por três longos anos, então, esteve a mocidade maranhense impossibilitada de sonhar com a conquista, na própria terra, de um diploma superior” (MEIRELLES, 1994, p. 68). Já a primeira universidade do estado do Maranhão só veio a surgir em 1961, com influência direta da igreja católica. Em 1966 essas universidades isoladas passam por uma federação, tornando-se parte da Fundação da Universidade do Maranhão (FUM), hoje Universidade Federal do Maranhão. Mas burocraticamente ela passa a existir apenas em 30 de dezembro de 1981, com a Lei n. 4.400.

Seguindo a tendência nacional, as instituições privadas de Ensino Superior logo chegaram ao Maranhão. Em 1990 inaugurou-se a Universidade UNICEUMA, que por decreto presidencial foi autorizada a ofertar os cursos de administração, ciências contábeis, economia, letras e pedagogia. Continuamente, as instituições de Ensino Superior foram ganhando espaço, tanto no âmbito público, quanto no âmbito privado. (FRANCISCHETTO, 2020, p. 15).

Ao fazer um estudo sobre o ensino superior no Brasil, o Maranhão teve tardio envolvimento em relação a outros estados que disponibilizavam o Ensino Superior para a população.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Analisando os dados sobre ensino superior no Maranhão 2017

Neste tópico, trata-se de mostrar dados sobre o ensino superior no estado do Maranhão, tendo como principais referenciais oficiais o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação (SEMESP). Segundo o IBGE, a população do Maranhão está em torno de 70 milhões de habitantes, e apenas 10,6% dos jovens entre 18 e 24 anos estão matriculados no ensino superior (a média nacional é de 17,8%). Formado por cinco mesorregiões e 217 municípios, o estado possui 45 instituições de ensino superior que ofertam cursos presenciais e 31 EAD. Conforme a tabela a seguir,

percebe-se, nos últimos anos, um aumento em todas as modalidades de ensino superior e uma demanda crescente por vagas.

Estado do Maranhão - 2017

Fonte: Sindata/Semesp Base: INEP/IBGE

Mesorregião	Municípios	Cursos Presenciais*		Cursos EAD**	
		Matrículas	IES	Matrículas	IES
Centro Maranhense	42	6.889	9	3.281	11
Leste Maranhense	44	18.311	9	3.143	8
Norte Maranhense	60	97.971	26	12.475	27
Oeste Maranhense	52	21.359	10	5.397	19
Sul Maranhense	19	2.901	4	1.916	8
Total - Estado MA	217	147.031	45	26.212	31

Ao comparar o número de matrículas do ano de 2017 com as realizadas em 2018, houve um aumento significativo, conforme mostra a tabela a seguir.

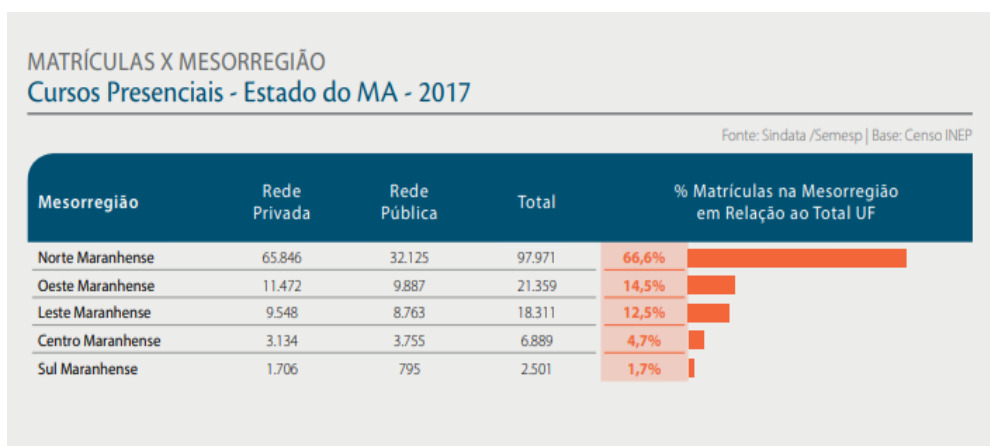
Tabela 01. Dados gerais sobre o número de matriculados em 2018

Mesorregião	Municípios	Cursos Presenciais*				Cursos EAD**			
		Matrículas			IES	Matrículas			IES
		Rede Privada	Rede Pública	Total		Rede Privada	Rede Pública	Total	
Centro Maranhense	42	3.603	3.858	7.461	9	2.857	891	3.748	19
Leste Maranhense	44	10.029	9.392	19.421	12	2.916	1.310	4.226	19
Norte Maranhense	60	64.721	34.665	99.386	28	11.366	3.323	14.689	38
Oeste Maranhense	52	12.126	10.250	22.376	13	5.229	1.431	6.660	30
Sul Maranhense	19	1.669	1.125	2.794	4	1.340	1.351	2.691	11
Total - Estado MA	217	92.148	59.290	151.438	53	23.708	8.306	32.014	47

Fonte: Instituto Semesp, 2020.

Outro fator interessante que merece destaque é que, embora o país tenha apresentado uma grande oferta e a efetivação de estudantes matriculados em graduação na modalidade EAD, o Maranhão apresenta um aumento no número de cursos presenciais, conforme apontam os dados referentes às matrículas de 2007-2017, especificando cada Matrícula X Mesorregião do estado.

Tabela 02



A Tabela 03 a seguir demonstra o panorama, em todo o estado, das matrículas em cursos na modalidade presencial. Pelos seus dados, percebe-se um avanço significativo de matrículas em todas as redes de ensino superior no Maranhão entre 2007 e 2017. E a tabela 04 (mais adiante) demonstra um panorama geral de ingressantes no período de 2013 a 2017.

Tabela 03

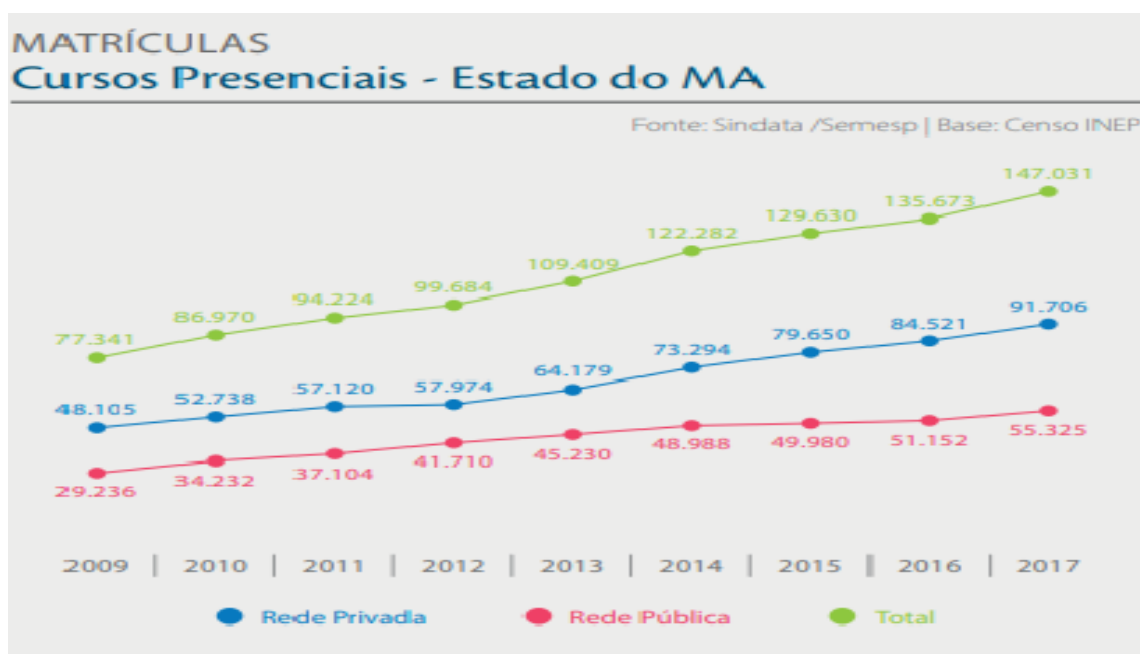
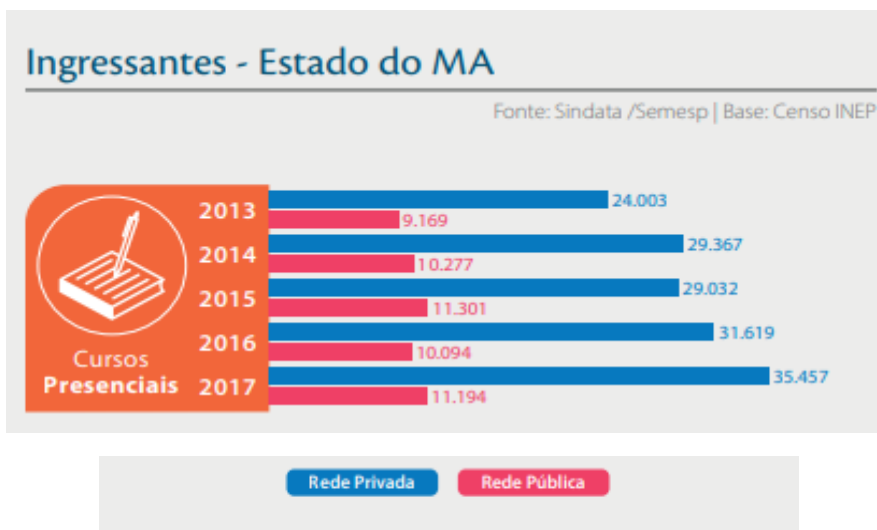


Tabela 04



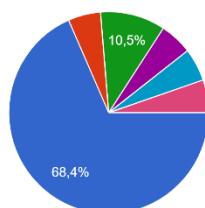
Observa-se que, em 2017, houve um ingresso significativo de alunos no ensino superior, passando de 41,7 mil para 46,7; mas as universidades privadas são responsáveis por cerca de 35,5% das matrículas, incentivadas pelos programas de nível estadual, ProUni, FIES e SISU.

Análise e discussão dos dados dos participantes da pesquisa

Conforme supracitado, no intuito de aprofundar o conhecimento sobre as demandas dos alunos oriundos dos programas acima mencionados, foi feito levantamento de informações por meio desta pesquisa. Para conhecer a trajetória durante o ensino básico, elaborou-se a questão que aparece no Gráfico 1.

Gráfico 01

Em qual sistema se ensino você concluiu o ensino básico:
19 respostas

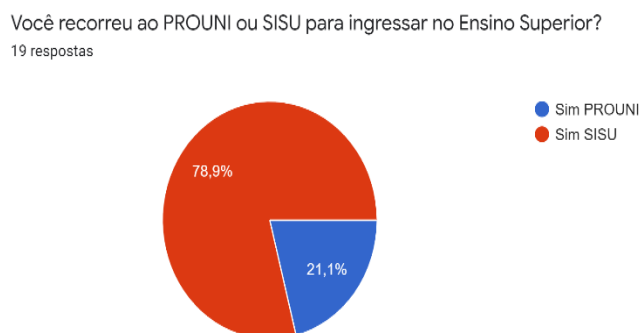


- Todo no sistema de ensino público
- O ensino fundamental no sistema privado e ensino médio no público
- Educação infantil no sistema privado e o fundamental e médio no ensino público
- Todo no sistema privado, mas como bolsista
- Educação Infantil, Ensino Fundament...
- Todo no sistema de ensino privado
- todo em sistema orivado

Fonte: Elaborado pelos autores.

Segundo as respostas, a minoria cursou o ensino básico em sistema privado, uma vez que 68,4% concluíram o ensino básico na rede pública. E, no intuito de identificar os alunos que participam e/ou participaram dos programas de acesso ao ensino superior, elaborou-se a questão, conforme demonstrado no Gráfico 02, sobre a participação dos estudantes nos programas ProUni e SISU.

Gráfico 02



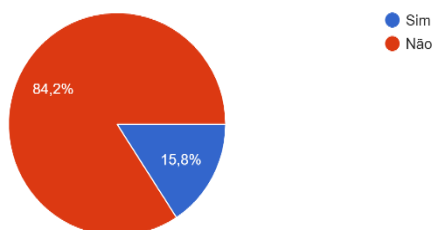
Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante do exposto, observa-se que, dos participantes desta pesquisa, a grande maioria participa, ou participou, do SISU. No tocante a isso, é interessante fazer uma consideração em relação a essa questão: o link do questionário foi disponibilizado em grupos de pesquisa da mesorregião do estado, que se encontram em alguns *Campi* da Universidade Federal do Maranhão. Considerando a crescente demanda de IES, criada nos últimos anos, é possível que esse dado se altere, a depender do contexto pesquisado.

Outra curiosidade refere-se à localidade em que os participantes realizam seus cursos, a partir da qual instigou-se sobre a questão indicada no Gráfico 03.

Gráfico 03

Você cursou fora de seu Estado(Maranhão)
19 respostas



Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante do que mostra o Gráfico 3, a grande maioria dos participantes estudou, ou ainda estuda, no Maranhão.

Como o foco da pesquisa também é conhecer os desafios a que esses alunos são submetidos, considerou-se interessante solicitar que descrevesse os principais desafios para quem respondeu sim para esta questão.

Dito isto, os participantes foram instigados, sobre os desafios encontrados, a ingressar no Ensino Superior por meio do ProUni ou SISU? Pelas respostas, 63,2% afirmaram terem tido desafios, enquanto 36,8% não tiveram desafios. E ainda lhes foi solicitado que descrevessem os principais desafios, cujas respostas encontram-se no quadro abaixo.

Quadro 01. Desafios considerados relevantes

Acho importante considerar que os vestibulares das universidades federais só ocorrem uma vez por ano por meio do Enem. Isso pode gerar atrasos em quem não passa na primeira oportunidade.

As horas de estudo dedicadas, com dois anos de curso pré-vestibular. Além disso, os problemas no site do Sisu em 2019, com muitas instabilidades;

A concorrência por curso.

A universidade fica distante dos meus familiares e por isso tenho que pagar aluguel.

Baixa quantidade de vagas.

Vários desafios, pois eram poucas vagas para a cidade em que coloquei.

A quantidade de bolsas ofertadas era pequena.

Não tenha acesso à internet.

Números de vagas baixo.

<p>Condições financeiras para me locomover até a cidade onde realizei a prova do Enem.</p> <p>Dificuldades para obter a nota acima da nota de corte.</p> <p>Necessidade de fazer cursinho preparatório.</p> <p>O medo de zerar em algum módulo da prova.</p>
<p>O ingresso foi o maior desafio, pois já havia um tempo de conclusão do ensino médio, e como é o campus mais próximo da minha cidade, a concorrência está entre as pessoas mais jovens que concluíram o ensino médio recente.</p> <p>Mudar de cidade.</p> <p>Transporte, trabalho e estudo simultâneos.</p> <p>Particularmente, meu ano de ingresso em Medicina (SISU 2019) teve muitos problemas técnicos, que levaram ao aumento do prazo de inscrição, o que culminou com o aumento também das notas de corte.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir dos relatos dos participantes, fica demonstrado que os desafios são bastante recorrentes e de origens diversas, ou seja, são problemas relacionados a fatores socioeconômicos que implicam a falta de outros acessos durante o ensino básico, além de problemas técnicos institucionais.

Entretanto, pensou-se também em questioná-los sobre estratégias das quais emergem o acesso ao ensino superior. E, então, foi elaborada a questão que aparece no Quadro 02.

Quadro 02. Quais foram as estratégias utilizadas no decorrer do Ensino Médio para ingressar no Ensino Superior por meio destes programas?

<p>Estudar em casa, mas muitas pessoas fazem cursinho, em virtude de um ensino médio ineficiente.</p> <p>Me dediquei nos estudos.</p> <p>Atualização sobre acontecimentos relevantes ao país/mundo e prática de redação.</p> <p>Por meio de simulados, provão e redação.</p>
<p>Busquei aproveitar o conhecimento repassado pelos professores em sala de aula, conciliando-o com a aprendizagem por meios próprios, através de livros, vídeos, simulados etc., visando à aprovação em vestibulares.</p> <p>Por meio de simulados, provão e redação.</p> <p>Nenhuma estratégia. Apenas disciplina durante a minha formação (preparação) para posteriormente, ingressar na universidade.</p>
<p>Muito estudo, dedicação e foco.</p> <p>Cursinho Pré-Vestibular.</p>

Eu estudei em cursinho preparatório para o Enem.

Tentativas e mais tentativas, estudando em casa, fazendo cursinho em um programa de aulas online com Professor monitor que foi ofertado pelo governo.

Estudo por meio de simulados. Treinamento em redação.

Estudar e me familiarizar com as questões do ENEM.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme os relatos dos participantes, todos demonstraram pretensão, desde o ensino médio, de avançar para o ensino superior. E as estratégias em sua maioria foram de autoestudo e disciplina, e uma minoria dos participantes frequentou cursinho pré-vestibular. É interessante também pontuar que estes participantes tiveram acesso à internet, pois a maioria aponta ter recorrido a aulas on-line, simulados, entre outros. No tocante a esse aspecto, considerou-se interessante instigar algumas questões pertinentes à temática, cujas respostas contribuem para a compreensão do cenário que se investiga. Daí se questionou se residem no Maranhão: 84,2% sim e 15,8% em outros estados. Com relação à conclusão do curso: 63,2% sim e 36,8% ainda não concluíram.

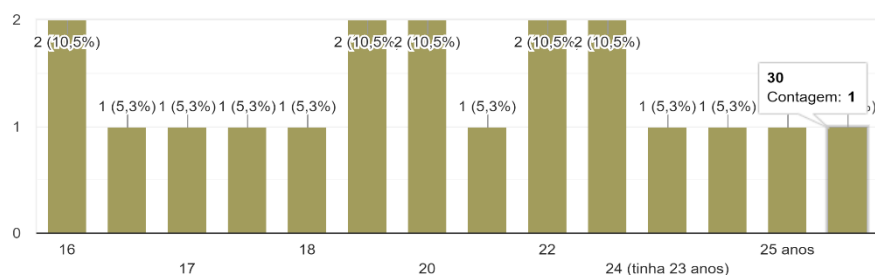
Também se considerou interessante instigá-los sobre a atuação nas áreas de formação: 57,9% não trabalham na sua área de formação, enquanto 42,1% sim. Portanto, a partir das respostas, compreende-se que os que realmente frequentaram o curso são os alunos que moram em outros estados. E também se observou que a maioria dos participantes que trabalham em sua área de formação reside fora do estado.

Ponderou-se, ainda, sobre a idade dos egressos, também instigando os participantes da pesquisa em relação a essa questão. O gráfico a seguir demonstra a idade com a qual ingressaram no Ensino Superior, que varia entre 16 e 25 anos, conforme mostra o Gráfico 4.

Gráfico 04

Qual sua idade quando ingressou no ensino Superior?

19 respostas



Fonte: Elaborado pelos autores.

2.1.1.1.1 De acordo com o Gráfico 4, os participantes desta pesquisa, no geral, estão numa idade considerada normal para essa demanda. No entanto, outros estudos mostram que o estado do Maranhão tem a menor taxa de escolarização líquida do país, chegando apenas a 10,4% (SEMESP, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade contemporânea, apesar dos avanços da ciência e da tecnologia, a qualidade da educação na rede pública ainda é um desafio: o indicador que impede muitos jovens de cursar o ensino superior. Dentre as diversas fragilidades da política educacional, optou-se pela inclusão e a permanência de jovens de baixa renda no Maranhão para o ensino superior, região demarcada por fatores econômicos do baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), embora a igualdade seja marcante na sociedade.

Para fazer uma consideração final e sem pretensão de encerrar o atual diálogo sobre a pedagogia universitária e os desafios do ensino superior no Maranhão, considerou-se como primeiro ponto, existente e verdadeiro, o aluno que tem dificuldades, expectativas e possibilidades e, em grande medida, ainda não compreendeu totalmente as práticas de ensino, os conteúdos e a linguagem adotados pelo ensino superior. Embora as pessoas tenham uma compreensão do necessário papel transformador que as universidades irão desempenhar, é igualmente razoável considerar que qualquer atividade docente deve partir da realidade atual.

E, como segundo ponto, que não se pode ignorar os desafios da docência superior. Os dados relativos ao fracasso, à qualidade e aos conflitos chamam a atenção para essa questão que não pode mais passar despercebida, tornando-se urgente que os problemas do ensino superior ganhem contornos de relevância como parte da ação intelectual dos sujeitos envolvidos na ação universitária.

Não desconsiderando a ascensão social de muitos jovens maranhenses beneficiados por esses programas, alcançando sua independência financeira, implicando a melhor qualidade de vida para muitas famílias, é interessante ainda se pensar na melhoria desses programas, principalmente no que se refere aos cursos oferecidos, se realmente contemplam esse estudante. Conforme esta pesquisa, 63,2% já concluíram o curso, contudo, destes, 57,9% não trabalham na sua área de formação.

Outra questão interessante de se pontuar refere-se aos cursos elitizados de medicina por exemplo. Quem tem acesso a eles? Conforme dados desta pesquisa, os participantes que declararam ter cursado todo o ensino básico em instituições privadas, e frequentaram cursinhos, são alunos de medicina; embora todos os participantes tenham relatado ter usado muito estudo e foco como estratégia para acessar o ensino superior.

Por fim, conclui-se ser preciso ver a integração na educação brasileira, além das questões jurídicas, compreensão histórica do campo profissional e seu processo de produção. A contradição é causada pela produção de materiais, e as relações sociais modernas tornam-se, com a ajuda da tecnologia, um fato complexo para esse ingresso em massa, mesmo percebendo que nos últimos anos há um aumento em todas as modalidades de ensino superior, e uma demanda crescente por vagas. Porém, esse ingresso ainda está longe de ser o ideal, justo e inclusivo e de qualidade para esta sociedade maranhense.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei n. 9.394/1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Ministério da Educação. *O Programa Universidade para Todos*. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Ministério da Educação. *O Programa Bolsa Permanência*. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo da Educação Superior 2015*. Brasília (DF), 06 de outubro de 2016. Acesso em: 10 set. 2011.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo da Educação Superior 2016*. Brasília, 31 de agosto de 2017d. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Sinopse Estatística da Educação Superior 2000*. Divulgado em 2001a. Acesso em: 10 dez. 2017d.

_____. Ministério da Educação. Prestação de Contas Ordinárias Anual. *Relatório de Gestão do Exercício de 2016*. Brasília (DF): março de 2017a. Disponível em: CITAR SITE. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. Câmara Federal. *Projeto de Lei nº 4.372*, de 31 de agosto de 2012, que cria o Instituto Nacional de Supervisão e Avaliação da Educação Superior (INSAES) e dá outras providências. Acesso em: 24 abr. 2012.

_____. Câmara Federal. *Projeto de Lei nº 7.040*, de 24 março de 2010a, que dispõe sobre a participação do capital estrangeiro nas instituições de ensino superior. Acesso em: 25 set. 2012.

_____. Câmara Federal. *Projeto de Lei nº 7.200*, de 12 de junho de 2006, que estabelece normas gerais da educação superior, regula a educação superior no sistema federal de ensino, altera as Leis nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996; nº 8.958, de 20 de dezembro de 1994; nº 9.504, de 30 de setembro de 1997; nº 9.532, de 10 de dezembro de 1997; nº 9.870, de 23 de novembro de 1999; e dá outras providências. Acesso em: 24 abr. 2012.

_____. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 05 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal, 1988. Acesso em: 10 jun. 2017a.

_____. Presidência da República. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. *Relatório de avaliação da execução de programas de governo nº 35: Programa Universidade para Todos (ProUni)*. Brasília (DF): CGU, 2015. Disponível em: <<https://auditoria.cgu.gov.br/download/3270.pdf>>.

_____. Presidência da República. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Estabelece as diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília (DF): Senado Federal, 1996. Acesso em: 10 fev. 2016.

_____. Presidência da República. *Lei nº 12.858, de 9 de setembro de 2013*. Dispõe sobre a destinação para as áreas de educação e saúde de parcela da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, com a finalidade de cumprimento da meta prevista no inciso VI do *caput* dos artigos 214 e 196 da Constituição Federal. Acesso em: 7 nov. 2016.

_____. Presidência da República. *Lei nº 13.005, de junho de 2014*. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providências. Brasília (DF): MEC, jun., 2014. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Presidência da República. *Lei nº 13.530, de 7 de dezembro de 2017c*. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001 e dá outras providências. Acesso em: 8 dez. 2017c.

_____. Presidência da República. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília (DF): Presidência da República, 1995.

COSTA, Marcia Cordeiro. *A Gênese em nível superior no estado Maranhão e políticas educacional: os embates travados pela efetivação e consolidação*. VIII jornada internacional de políticas públicas, 2017. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão.

CUNHA, Luiz Antônio. *A universidade temporã: o ensino superior, da colônia à era Vargas*. 3ª ed. São Paulo: Unesp, 2007.

_____. O ensino superior no octênio FHC. *Educação e Sociedade*. Campinas (SP), vol. 24, n. 82, 2003, p. 37-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v24n82/a03v24n82.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2019.

EVANGELISTA, José; CASTRO, Maria Laura Viveiros de. *Introdução crítica de José Augusto Guilhon Albuquerque*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FRANSCISCHETTO, Bruna. Evolução no ensino superior estado do Maranhão. *Revista humanidade e educação*, vol. 7.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática de liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

_____. *Educação e Mudança*. Coleção Educação e Comunicação, vol. 1. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____. *Pedagogia da Autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

GATTI, Bernardete Angelina; SÁ BARRETO, Elba Siqueira; DE ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso; ALMEIDA, Patrícia Cristina Albieri de. *Professores do Brasil: novos cenários de formação*. Brasília (DF): UNESCO, 2019.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro. 11ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

HOBBSAWM, Eric. *Era dos extremos*. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

_____. *Globalização, democracia e terrorismo*. Tradução de José Viegas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

_____. *Sobre a História*. Tradução de Cid Knipel Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

IASI, Mauro Luís. *Ensaio sobre consciência e manipulação*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. 176p.

_____. Nação e Ensino de História no Brasil. In. PINSKY, J. (org.). *O ensino de História e a criação do fato*. 10ª ed. São Paulo: Contexto, 2002, p. 11-29.

INSTITUTO SEMESP. *Mapa do Ensino Superior Estado do Maranhão*.

Disponível em:

<https://www.semesp.org.br/mapa-do-ensino-superior/educacao-10/dados-estados-e-regioes/nordeste/maranhao/>. Acesso em: 30 out. 2020.

LIBÂNIO, José Carlos. *Didática São Paulo*. Coleção Magistério. 2º grau Formação dos Professores. São Paulo: Cortez, 1994.

RICHARDSON, R. J. *et al. Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROSENFELD, Denis L. *O que é democracia*. Coleção Primeiros Passos, 219. São Paulo: Brasiliense, 1950.

SAES, Paula Macchione. *Ao ensino superior e trajetórias dos egressos do ProUni*. Mestrado em Educação. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2015 (1987).

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS, M. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 2000.

SAVIANI, Dermeval. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política*. 41ª edição revista. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 5. Campinas (SP): Autores Associados, 2009.

TELLES, José Carlos da Silva. *Programa Universidade para Todos: implicações na democratização do ensino superior*. Mestrado em Educação. Ijuí (RS): Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, 2017. 102 f.

TORGAL, Luís Reis. *História e Ideologia*. Coimbra: Livraria Minerva, 1989.

Internet

<https://www.mpma.mp.br/arquivos/COCOM/arquivos/utilidade_publica/CredenciadasMEC.pdf>.

EDUCAÇÃO INFANTIL DURANTE A PANDEMIA

Artigo escrito por Bruno Santos, Caroline Santos, Hércules Ferreira Batalha, Valéria Aparecida Vieira Marques, Vanessa Catalani sob supervisão e orientação da Professora Giselda Lopes Aquino, da disciplina de Projeto Integrador Orientado do 4º Semestre de Psicologia.

RESUMO

A educação escolar das crianças durante a pandemia tem sido um enorme desafio para a sociedade como um todo, escolas fechadas, sem previsão de reabertura, pais e responsáveis totalmente perdidos com relação à essa problemática. O objetivo deste foi realizar pesquisas, através de entrevistas com pais, responsáveis e crianças de 4 a 8 anos, para elencar as dificuldades que enfrentam para que esse aprendizado não seja totalmente paralisado, sem estar em um ambiente escolar, mesmo após um possível retorno, que se dará de forma gradativa. Fez-se necessário uma discussão, após a pesquisa realizada, para que fosse possível elaborar sugestões e técnicas que pudessem auxiliar os pais e responsáveis nesse processo de aprendizagem.

Palavra-chave: Pandemia, tecnologia, crianças, educação, desenvolvimento, rotina.

ABSTRACT

The school education of children during a pandemic has been a huge challenge for a society as a whole, schools closed, with no plans to reopen, parents and guardians totally lost in relation to this problem. The objective of this research, through identification with parents, guardians and children from 4 to 8 years old, to list the difficulties they face so that this learning is not totally paralyzed, without being in a school environment, even after a possible return, which is gradually exposed. It was necessary to have a discussion, after the research, so that it was possible to develop suggestions and techniques that could help parents and guardians in this learning process.

Key words: Pandemy; technology; children;education;development; routine.

INTRODUÇÃO

Em 2020, o mundo passou a viver a pandemia em decorrência do vírus Covid-19, num dia tudo estava como sempre, trabalho, vida social, estudos, liberdade e, no outro tudo começa a mudar, comércios fechados, escolas fechadas, trabalhos paralisados, ninguém nas ruas, um inimigo invisível mantinha a população mundial em alerta, por toda a mídia o que se lia e ouvia era #FICAEMCASA, pois, os transmissores desse vírus são os seres humanos.

Não se tinha a certeza de mais nada, e o vírus desconhecido no meio científico. Quarentena imposta pelo governo, com previsão de duração de 15 dias, porém, passaram-se muito mais de 15 dias. O cenário mudou radicalmente desde o início da pandemia, a contagem de dias foi deixada de lado, porém a vida precisa seguir seu curso, assim como as crianças em idade de alfabetização. Uma importante ferramenta, passa a ser utilizada para tudo o que foi possível, a Tecnologia e a Internet, meio extremamente importante para que a vida não parasse, home office, consumo e até consultas virtuais. Nesse contexto, crianças acostumadas à uma rotina de liberdade e socialização, passam a utilizar-se também da tecnologia para a retomada no processo de aprendizagem.

Tecnologia voltada para a educação

Dentre os inúmeros desafios que a Pandemia trouxe para a sociedade, em disparado, podemos citar as dificuldades enfrentadas pelo sistema educacional, professores, alunos e famílias para frearem os prejuízos do aprendizado na quarentena. Num cenário de isolamento social, onde diversas variáveis compõem o dia a dia das instituições de ensino públicas e privadas, de famílias de todas as classes sociais e estudantes de todas as faixas etárias, um gigante se levantou dentro de desafio de aprendizagem, a tecnologia.

Enquanto algumas famílias adquiriram novos equipamentos, contrataram pacotes de internet com maior velocidade e adaptaram os espaços nos seus lares para acomodar todos que estudariam e trabalhariam de forma remota, outros ficaram de mãos atadas em virtude da falta de acesso à internet, equipamentos, ambiente adequado e diversas situações que impactaram negativamente o acesso às aulas.

Em face da oportunidade, empresas de tecnologia aprimoraram os serviços ofertados e investiram em novas ferramentas, aproveitando o momento para absorver a demanda, como é o caso da empresa Edulabzz que concentra esforços e investimentos para ser reconhecida como a “Microsoft da Educação”, de acordo com Lucas Moraes, CEO e Cofounder da Edulabzz. Ele acredita que a revolução global no ensino, em face das novas formas de entregar conteúdo, tem tendência a ser 100% online, resultando num caminho sem volta. [1]

Em contrapartida, tramita no congresso um projeto de Lei nº 3462, de 2020 que cria um auxílio-conexão para assegurar o acesso aos estudantes integrantes de famílias de baixa renda à educação a distância por meio de acesso à rede mundial de computadores – internet em banda larga fixa e móvel, e da outras providências.

Efetuada a consulta sobre o andamento da proposta, é possível verificar que a última movimentação foi em 25/06/2020. Até o momento, não aprovada para cumprir o efeito para o qual foi proposta. [2]

Há também em tramitação um projeto de Lei sob nº 3491, de 2020 que dispõe sobre a concessão de linha de crédito para aquisição de computadores para estudantes da rede pública de ensino básico, durante o estado de calamidade pública. Este também teve a última movimentação em 24/06/2020 e até o momento não aprovado para cumprir o propósito de alcançar os estudantes que se beneficiariam dela.

Diante das circunstâncias, restou às famílias se adaptarem como fosse possível, de modo que os ganhos e os prejuízos no aprendizado tanto para a população de baixa renda, quanto para a população com acesso a recursos tecnológicos só o tempo dirá, porque embora o acesso esteja ao alcance de muitas famílias, recursos como ambiente acolhedor, disciplina, organização e foco também são imprescindíveis para a absorção de conteúdo, e diante do período caótico, encontrar estes recursos é um enorme desafio. [3]

Crianças e sua fase de desenvolvimento

Quando se trata de crianças entre 4 a 8 anos que é o período de transição da educação infantil para o fundamental, os problemas se evidenciam ainda mais, seja porque é uma fase em que se apreendem as informações, ou seja ,pela interação que é muito importante com outras crianças da mesma idade, além de ser uma fase em que a cognição está muito ativa.

Piaget classifica o desenvolvimento infantil em 4 fases, interessando para o desenvolvimento deste a 2ª e a 3ª fase:

A 2ª fase pré-operatório que acontece dos 2 aos 7 anos. Nesta fase, a criança ainda percebe o mundo de acordo com suas experiências individuais e tende a se colocar no centro de todas as situações. Além disso, neste período acontece a "fase dos porquês" na qual há muita curiosidade sobre o mundo, sobre como as coisas são feitas e como funcionam. Definida também pela capacidade do cérebro de processar informação e obter informação do mundo, armazenando processos, como, pensamentos, raciocínio, memória.

A 3ª fase operacional-concreto, ocorre entre os 8 aos 12 anos. Nesse momento, a criança começa a resolver problemas concretos a partir da lógica, a abstração e o pensamento filosófico ainda estão em desenvolvimento, ganhando a noção de regras sociais, senso de justiça e reciprocidade.[4]

De acordo com uma publicação na revista Interfaces Científicas (2020).

"A educação básica vai atender crianças e adolescentes que estão em níveis de desenvolvimento diferenciados e por mais que tenham acesso as tecnologias digitais e telemáticas precocemente, o fazem para entretenimento e não para práticas de educação formal. Nestas fases de desenvolvimento, face-to-face é condição sine-qua-non que estes sujeitos interajam com seus pares e professores e juntos atribuam sentido aos distintos objetivos do conhecimento, produzindo coletivamente. Logo, espaços presenciais para essas práticas, ainda é uma premissa básica. Embora seja importante criar momentos para interação com as plataformas digitais que podem contribuir para simulação e experimentações de situações de aprendizagem, mas, esse não deve ser o único caminho".[5]

De acordo com um estudo feito pela faculdade DELTA, curso de gestão e tecnologia: *"O fato de se utilizar as ferramentas e a potencialidade da internet em tempos de globalização não significa novas formas ou práticas pedagógicas de ensino"*. Tanto que as enormes listas de exercícios para que os alunos resolvam sozinhos em casa têm imperado nos processos de ensino aprendizagem. Não se estabeleceram novas formas de ensino que impulsionem a criatividade dos alunos e muito menos uma educação que valorize a reflexão em detrimento de práticas positivistas de ensino e as avaliações tradicionais

estão aí para comprovar a manutenção das ações coercitivas das gerações mais velhas sobre as mais novas.

Para Durkheim, a função do fenômeno educativo é constituir o ser social visando a manutenção e a reprodução da ordem social. Marx, ao fazer referência à totalidade, entende-a como processo histórico, de tal modo, a dialética compreende a história como o movimento de um conteúdo engendrando diferenças, polaridades, conflitos. Portanto, as contradições existentes na estrutura social. [6]

Não podem ser preteridas quando se propõem a pensar um movimento que se queira revolucionário no campo educacional, uma vez que a educação escolar é um campo repleto de interesses e permeado por relações de poder.

Podemos então notar a dificuldade de se estabelecer um novo sistema educacional, durante e pós pandemia, mas este artigo tem como intuito, trazer um material teórico para que os pais e responsáveis possam se localizar durante este período, trazer para as crianças o mínimo de educação de qualidade, podendo trazer uma referência e como se posicionar para melhor na educação de seus filhos.

Dificuldade de estudar em casa

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos responsáveis na educação não presencial destacou-se que acompanhar os estudantes nas atividades foi o item considerado de maior dificuldade nesse processo, conciliar o "Home office" com as atividades escolares também é uma grande dificuldade. Entende-se que a escolha de acompanhar o desenvolvimento do filho e cuidar do sustento da família são fatores importantes, mas conflitantes, uma vez que os pais utilizam o horário em que a criança está na escola, para realizar o trabalho e uma vez a criança em casa, a rotina muda, mas a rotina do trabalho não pode mudar.

A criança ficou sacrificada no acompanhamento mais direto, as famílias tiveram que deixar as crianças mais independentes. No entanto, mesmo em ações independentes as crianças precisam ser supervisionadas, os responsáveis devem verificar se as atividades postadas e indicadas foram feitas.

Além disso, ficaram evidentes as diferenças entre as escolas públicas e privadas, onde uma conseguiu seguir adaptando sua estrutura para que pouco fosse perdido nesse ensino remoto, ao passo que, nas escolas públicas, há falta de estrutura e de investimentos em equipamentos. Mesmo com o material didático sendo enviado para essas crianças, ficaram evidentes os problemas socioeconômicos. A situação de adaptação do trabalho pedagógico também é outra dificuldade, muitos professores se sentiam despreparados para toda essa realidade tecnológica. Segundo a pedagoga K. B., "ser pedagoga nessa época está muito difícil, mas tem alguns pontos principais que como professora e estudante precisam ser avaliados. Destes 5 pontos o primeiro é você ter esse tempo de uma hora para se dedicar a exatamente isso, poucas vezes que dei aula pelo meet foram bem difíceis por que passava na tela o pai, a mãe, o gato e enquanto eu estava explicando o aluno estava prestando atenção na televisão, então tem que ter aquele horário focado para isso, tanto os pais precisam entender isso quanto as crianças, os pais precisam ser mediadores nesse caso, o segundo é você ter focado o que vai aprender, ter os materiais separados para aquela aula, o terceiro é a participação dos pais que é extremamente importante para a evolução e a aprendizagem da criança, o quarto é a organização, o quinto é o foco".

Além de toda a problemática do nível do aprendizado, ainda existem os agravamentos causados por possíveis danos psicológicos como consequência do isolamento social, crianças acostumadas a um relacionamento com colegas e professores diariamente se veem impedidas de continuar suas rotinas, passam a receber o auxílio de pais e responsáveis, muitas vezes despreparados e já estressados, porque não estão livres da mesma problemática causada pela pandemia.

Esse isolamento, que é impossível de ser resolvido de forma simples, pois envolve muitas outras demandas que não são entendidas por essas crianças, tendo como consequência crianças que acabam sendo acometidas por estresse emocional, transtornos mentais e em alguns casos chegam a desenvolver doenças físicas pelo organismo.

Segundo a cartilha lançada pela FIOCRUZ (2020), dentre as reações emocionais e alterações comportamentais frequentemente apresentadas pelas crianças durante a pandemia, destacam-se: dificuldades de concentração,

irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação.[7]

CONCLUSÃO

Diante dos apontamentos mais relevantes a respeito da educação domiciliar em tempos de Pandemia, cabe ressaltar que culturalmente no nosso país não existia o ensino domiciliar, exceto, quando praticado por algumas famílias associado ao ensino tradicional e obrigatório vinculado à escola, por falta de regulamentação para o ensino domiciliar. Nota-se um despreparo em grande parte das famílias, que, de uma hora para a outra, tornaram-se responsáveis pelo ensino pedagógico das crianças, especialmente num momento crítico que exigiu uma rápida adaptação na rotina de trabalho, associado ao medo de ser acometido pelo vírus mortal ou de perder entes queridos -inclusive filhos- tudo isso associado ao bombardeamento de informações de número de casos aumentando de pessoas infectadas e de pessoas mortas. Associa-se a estes fatores que a adaptação à realidade escolar dos filhos exigiu respostas rápidas, mas que, por uma série de variáveis, não foi possível responder satisfatoriamente impactando de maneira negativa o aproveitamento escolar das crianças, causando impacto na saúde mental de toda a família, uma vez que sentimentos como culpa e frustração afloram em situações limites e conflitantes de conciliação entre tantas tarefas e cobranças.

Para enfrentar a situação é necessário estabelecer regras e elaborar uma rotina. Algumas dicas orientam os pais e as crianças para o enfrentamento satisfatório da situação.

1 – Uma vez de posse do que será estudado e ensinado é fundamental sair do ambiente de distrações, exemplo, um quarto com brinquedos e televisor é inapropriado. Estabeleça um local exclusivo para a tarefa. Uma forma de tornar o momento interessante para a criança é vesti-la com o uniforme e fazê-la transportar a mochila até o cômodo de estudo, informando ao cérebro através deste ritual que o momento é de estudo.

2 – Elaborar e controlar um planejamento de rotina lúdico com o auxílio da criança para envolver sua atenção, estabelecendo horários para todas as

atividades, compromissos e brincadeiras. Importante respeitar para adquirir disciplina.

3 – Buscar formas lúdicas tais como jogos e brincadeiras educativas, além de compreender que é necessário estar atento a toda e qualquer oportunidade de ensinar as crianças especialmente nesta fase em que são muito curiosas, exemplo, o preparo de uma receita culinária contém ensinamentos sobre matemática, português, contar o dinheiro, anotar um recado etc. são atividades que contêm aprendizado para as crianças.

Importante salientar que uma rotina clara e organizada com horários previamente estabelecidos requer persistência para uma implantação eficiente.

Vale ressaltar que é necessário que os pais compreendam esta nova realidade e assumam a responsabilidade pela educação dos filhos por meio da rotina pré-estabelecida, da busca por um conhecimento mais profundo do conteúdo a ser ensinado e material de apoio de qualidade para que haja um aproveitamento com resultados.

Em entrevista com a C. mãe da estudante H. de 7 anos, é possível entender como a organização pode ajudar responsáveis e crianças para enfrentar esse tempo:

“Bom a educação da H. em casa no começo da Pandemia foi uma mudança bem grande porque no início eu acompanhava, ajudava com as lições, acompanhava se tinha alguma lição para fazer em casa, se tinha alguma atividade. E conciliar o trabalho com a educação foi um desafio, mas a gente se adaptou, a gente se acostumou e a gente conseguiu conciliar as duas coisas e ela foi me ajudando e me deixando trabalhar e aí foi ficando junto comigo e eu também ajudando ela nos estudos dela. A gente colocou uma rotina, durante as aulas tem horário junto com a professora, então eu assisto as aulas, acompanho as aulas junto com a H. e isso acaba motivando e incentivando quando estou participando para ela não desanimar por ser diferente de estar na escola e estar em casa, mas a gente se adaptou super bem e hoje é gratificante participar da educação dela, ver a evolução dela e o aprendizado e a gente poder estar junto em mais este desafio, esta rotina”. [sic]

REFERÊNCIAS

[1] Disponível em: <<https://abmes.org.br/noticias/detalhe/4153/-e-um-caminho-sem-volta-diz-ceo-da-edulabzz-sobre-a-educacao-online>> acesso em 09/02/2021

[2] Disponível em:
<<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/142744>>
acesso em 09/02/2021

[3] Disponível em:
<<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/142927>>
acesso em 09/02/2021

[4] Disponível em <<https://belas.art.br/arte-no-desenvolvimento-infantis-as-4-fases-de-piaget>> acesso em 19/11/2020

[5] Interfaces Científicas, Aracaju. V. 8 - N 3 - p.348-365 - 2020 - Fluxo Continuo

[6]
<http://www.faculdadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/52/41>

[7] FIOCRUZ, Crianças na Pandemia, Ministério da Saúde, 2020

PLANO DE SEGURANÇA DA ÁGUA COMO AGENTE DE PROTEÇÃO DE DOENÇAS DE VEICULAÇÃO HÍDRICA

Tomnila da Costa Lacerda Motta

RESUMO

As ameaças à saúde pública devidas a doenças de veiculação hídrica, continuam e aumentam a necessidade de se estabelecerem metodologias para o controle da qualidade da água destinada ao consumo humano. As tradicionais análises laboratoriais da qualidade da água são insuficientes para garantir sua segurança para a saúde humana, elas não são rápidas o suficiente para prevenir o consumo de água contaminada e analisam apenas uma pequena amostragem. O Plano de Segurança da Água apresenta-se como uma ferramenta de gestão do sistema de abastecimento de água que possibilita tanto identificar os potenciais riscos de o sistema de água ocasionar eventuais danos à saúde dos usuários como permitir que haja gerenciamento sistemático e frequente desses riscos para minimizar a possibilidade de consumo de água não segura. É um componente-chave do marco para a segurança da água potável descrito no Guia de Qualidade da Água Potável, da Organização Mundial da Saúde. Possui uma abordagem integral de avaliação e gestão de risco, que inclui todas as etapas do abastecimento de água, da captação no manancial ao consumidor. O objetivo deste artigo é apresentar a metodologia para elaboração do Plano de Segurança da Água, a partir dos conceitos difundidos pela Organização Mundial da Saúde, bem como, apresentar alguns dados sobre as doenças de veiculação hídrica no Brasil.

Palavras chaves: plano de segurança da água, doenças de veiculação hídrica, Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

Embora seja indispensável ao organismo humano, a água pode conter determinadas substâncias, elementos químicos e microrganismos, que devem ser eliminados ou reduzidos a concentrações que não sejam prejudiciais à saúde

humana. A industrialização e o aumento populacional dos centros urbanos têm intensificado a contaminação dos mananciais, tornando indispensável o tratamento da água destinada ao consumo humano. Apesar de os mananciais superficiais estarem mais sujeitos à poluição e contaminação decorrentes de atividades antrópicas, também tem sido observada a deterioração da qualidade das águas subterrâneas, o que acarreta sérios problemas de saúde pública em localidades que carecem do tratamento e de sistema de distribuição adequado. (DI BERNARDO, 2017) .

As águas naturais contêm grande parte das substâncias e elementos facilmente absorvidos pelo organismo, constituindo, portanto, uma fonte essencial ao desenvolvimento do ser humano, já que cerca de 60% da água utilizada é ingerida na forma líquida. Por outro lado, as águas podem conter organismos, substâncias, compostos e elementos prejudiciais à saúde, devendo ter seu número - ou concentração – reduzido ou eliminado, para o abastecimento público. (DI BERNARDO, 2017)

Grande parte das doenças que se alastram nos países em desenvolvimento é proveniente da água de qualidade insatisfatória. As doenças de transmissão hídrica mais comuns são as febres tifoide e paratifoide, disenterias bacilar e amebiana, cólera, esquistossomíase, hepatite infecciosa, giárdiase e criptosporidíase. (DI BERNARDO, 2017)

A crescente exigência em garantias de segurança no abastecimento de água para consumo humano e no saneamento ambiental, tanto em países industrializados como em países em desenvolvimento, obrigam à implementação de novas abordagens metodológicas de avaliação e gestão de riscos que importa estudar e disseminar no tecido das entidades gestoras destas infraestruturas. (VIEIRA, 2005)

É com base nesta exigência de controle de qualidade da água para consumo humano que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma nova abordagem de avaliação e gestão de riscos em sistemas de abastecimento de água, através da implementação de planos de segurança da água, compreendendo etapas de proteção e controle desde a fonte de captação da água bruta até ao ponto do consumo. Com esta metodologia pretende-se que as autoridades governamentais, reguladores e entidades gestoras de sistemas de abastecimento público garantam, de forma pragmática e consistente, o

fornecimento de água segura, contribuindo, de forma efetiva, para a promoção da saúde pública e bem-estar das populações. (VIEIRA, 2005)

Os planos de segurança da água são o meio mais eficaz para garantir sistematicamente a inocuidade da água potável e proteger a saúde pública. É um componente-chave do marco para a segurança da água potável descrito no Guia de Qualidade da Água Potável, da Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), o Plano de Segurança da Água surge do reconhecimento de que a abordagem de controle de qualidade da água para consumo humano, focada em análises laboratoriais, métodos dispendiosos e padrões de qualidade, apresenta inúmeras limitações e não garante a efetiva produção e distribuição de água segura aos consumidores.

O Plano de Segurança da Água possui uma abordagem integral de avaliação e gestão de risco, que inclui todas as etapas do abastecimento de água, da captação no manancial ao consumidor. (Organização Mundial da Saúde, 2004)

O objetivo deste artigo é apresentar a metodologia para elaboração do Plano de Segurança da Água, a partir dos conceitos difundidos pela Organização Mundial da Saúde, bem como, apresentar alguns dados sobre as doenças de veiculação hídrica no Brasil.

METODOLOGIA

O presente trabalho pode ser classificado como pesquisa descritiva, concentrando-se em apresentar a metodologia para elaboração de um Plano de Segurança da Água. Como fontes primárias, foi pesquisada a metodologia introduzida pela Organização Mundial da Saúde, além de artigos acadêmicos sobre o Plano de Segurança da Água. Como fontes secundárias, os sites dos principais órgãos públicos e privados foram consultados na busca de dados sobre as doenças de veiculação hídrica no Brasil.

REVISÃO DA LITERATURA

O presente trabalho selecionou três temas como fundamentais para a realização da revisão da literatura, sendo eles: (i) Organização Mundial da Saúde; (ii) Metodologia para Elaboração do Plano de Segurança da Água; (iii) Doenças de veiculação hídrica.

Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência especializada das Nações Unidas, responsável pela saúde pública internacional. Foi estabelecida por constituição em 7 de abril de 1948, quando comemorado como o Dia Mundial da Saúde .

A Organização Mundial da Saúde, através do *Guidelines for drinking water quality*, em tradução livre, Guia para a Qualidade da Água Potável, propõe às entidades gestoras de sistemas de abastecimento de água uma abordagem para a garantia da qualidade da água, sugerindo a aplicação de estratégias de avaliação e gestão de riscos para o controle da qualidade da água para consumo humano. Guia para a Qualidade da Água Potável representa a posição da Organização Mundial da Saúde com respeito à qualidade da água potável e sua interação com a saúde. Ele oferece uma base científica para que as autoridades nacionais estabeleçam padrões e regulamentos que sejam apropriados para as condições de cada país, bem como, estabelece a estrutura conceitual que possibilita o suprimento de água potável de qualidade segura, através de um enfoque preventivo e de análise de riscos.

No Brasil, a posição da Organização Mundial da Saúde foi absorvida pelo Ministério da Saúde, que estabeleceu portarias para regulamentação, controle e gerenciamento de riscos associados à água. Inicialmente com a Portaria 518 de 2004, posteriormente pela Portaria n.º 2914 de 2011. A Portaria n.º 2914/2011 estabelece, em seus capítulos e artigos, as responsabilidades por parte de quem produz a água, no caso, os sistemas de abastecimento de água e de soluções alternativas, a quem cabe o exercício de “controle de qualidade da água” e das autoridades sanitárias das diversas instâncias de governo, a quem cabe a missão de “vigilância da qualidade da água para consumo humano”.

As responsabilidades atribuídas à União são exercidas pelo Ministério da Saúde e entidades a eles vinculadas, sendo elas: promover e acompanhar a vigilância da qualidade da água para consumo humano, estabelecer ações especificadas no Programa Nacional de vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, estabelecer as ações próprias dos laboratórios de saúde pública, estabelecer diretrizes da vigilância da qualidade da água para consumo humano; estabelecer prioridades, objetivos, metas e indicadores de vigilância da

qualidade da água para consumo humano; executar ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano.

As responsabilidades atribuídas aos Estados, desdobramentos das responsabilidades da União, e as responsabilidades atribuídas aos Municípios são desdobramento das responsabilidades atribuídas aos Estados, considerando as peculiaridades regionais e locais, nos termos da regulamentação do Sistema Único de Saúde. Segundo a Portaria n.º 2914/2011, compete ao responsável pelo sistema de abastecimento de água para Consumo Humano:

- i. exercer o controle da qualidade da água;
- ii. garantir a operação e a manutenção das instalações destinadas ao abastecimento de água potável em conformidade com as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e das demais normas pertinentes;
- iii. manter e controlar a qualidade da água produzida e distribuída;
- iv. manter avaliação sistemática do sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, sob a perspectiva dos riscos à saúde;
- v. encaminhar à autoridade de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios relatórios das análises dos parâmetros mensais, trimestrais e semestrais com informações sobre o controle da qualidade da água, conforme o modelo estabelecido pela referida autoridade;
- vi. fornecer à autoridade de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios os dados de controle da qualidade da água para consumo humano, quando solicitado;
- vii. monitorar a qualidade da água no ponto de captação;
- viii. comunicar aos órgãos ambientais, aos gestores de recursos hídricos e ao órgão de saúde pública dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer alteração da qualidade da água no ponto de captação que comprometa a tratabilidade da água para consumo humano;
- ix. proporcionar mecanismos para recebimento de reclamações e manter registros atualizados sobre a qualidade da água distribuída, sistematizando-os de forma compreensível aos consumidores e disponibilizando-os para pronto acesso e consulta pública, em atendimento às legislações específicas de defesa do consumidor;

- x. comunicar imediatamente à autoridade de saúde pública municipal e informar adequadamente à população a detecção de qualquer risco à saúde, ocasionado por anomalia operacional no sistema e solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano ou por não-conformidade na qualidade da água tratada;
- xi. assegurar pontos de coleta de água na saída de tratamento e na rede de distribuição, para o controle e a vigilância da qualidade da água.

Como forma de controle da qualidade da água, definidas pelo Ministério da Saúde, temos:

- i. controle operacional do(s) ponto(s) de captação, adução, tratamento, reservação e distribuição, quando aplicável;
- ii. exigência, junto aos fornecedores, do laudo de atendimento dos requisitos de saúde estabelecidos em norma técnica da ABNT para o controle de qualidade dos produtos químicos utilizados no tratamento de água;
- iii. exigência, junto aos fornecedores, do laudo de inocuidade dos materiais utilizados na produção e distribuição que tenham contato com a água;
- iv. capacitação e atualização técnica de todos os profissionais que atuam de forma direta no fornecimento e controle da qualidade da água para consumo humano;
- v. análises laboratoriais da água, em amostras provenientes das diversas partes dos sistemas e das soluções alternativas coletivas.

O Ministério da Saúde recomenda a análise de parâmetros físicos, químicos e microbiológicos, a saber:

- i. Físicos: cor; turbidez – para água pós-filtração ou pré-desinfecção; gosto e odor; temperatura; e radioatividade;
- ii. Químicos: pH; cloraminas; dióxido de cloro; cloro residual livre; fluoreto; e produtos secundários da desinfecção;
- iii. Microbiológicos: coliformes totais, *Escherichia coli*, cianobactérias e cianotoxinas.

Tais parâmetros devem ser cumpridos pelos responsáveis pelo sistema de abastecimento de água, de acordo com exigências da Portaria, visando a garantia da qualidade e segurança da água para consumo humano.

Secretaria de Vigilância em Saúde e as Secretarias de Saúde estaduais e municipais são os órgãos competentes para fiscalizar todo o cumprimento da Portaria do Ministério da Saúde 2914 de 2011, inclusive para verificar se as empresas responsáveis pelo sistema ou por solução alternativa de coleta e abastecimento de água estão realizando o Plano de Segurança de Água conforme é solicitado para garantir a segurança dessa água para consumo humano. (DENNY; THAME, 2015)

Metodologia para elaboração do Plano de Segurança da Água

O Plano de Segurança da Água é uma ferramenta na identificação e priorização de perigos e riscos potenciais em sistemas de abastecimento de água, deve estabelecer medidas de controle para evitar os perigos do processo, bem como, instaurar processos de gestão de risco. Ele deve prioritariamente garantir a segurança do consumo de água potável minimizando as fontes de contaminação pontual e difusa do manancial, reduzindo ou eliminando os perigos ao longo do tratamento e prevenindo a contaminação da água no sistema de distribuição. O Plano de Segurança da Água é uma proposta racional para o controle dos riscos e supera as múltiplas debilidades do enfoque de inspeção sanitária e os inconvenientes representados pela confiança nas análises, ao concentrar-se naqueles fatores que influem diretamente na inocuidade da água. Dessa forma, o PSA é um instrumento que permite superar a dependência na arriscada sensação de segurança proporcionada pela amostragem e análise da água no sistema de distribuição ao permitir identificar, ao longo da fonte, na captação, no tratamento e na distribuição, os riscos inerentes, por meio da aplicação de medidas de controle para prevenir a transmissão de enfermidades devidas à má qualidade da água. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020)

O elemento-chave do Plano de Segurança da Água para evitar os perigos relacionados com a bacia, captação, tratamento, distribuição e consumo é a identificação dos pontos críticos, de modo que, ao exercer um controle sobre

esses pontos, permite-se que os problemas de qualidade possam ser detectados e corrigidos antes mesmo que o produto saia para a distribuição e/ou consumo, minimizando a análise por amostragem da água no sistema de distribuição, que difere do controle total de qualidade, o qual é mais de reação do que de prevenção. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020)

Equipe do Plano de Segurança da Água

Para elaboração, execução e manutenção do PSA deve se formar uma equipe qualificada e dedicada, que disponha dos conhecimentos técnicos necessários. Os serviços pequenos de abastecimento de água podem recorrer, caso necessário, a especialistas externos. Deve-se reunir uma equipe de pessoas do serviço de abastecimento de água, e também, em alguns casos, de um grupo mais amplo de interessados, que serão responsáveis coletivamente, por compreender o sistema de fornecimento de água e determinar que perigos podem afetar a qualidade e a segurança da água ao longo da cadeia de fornecimento.

Etapas para o desenvolvimento do Plano de Segurança da Água

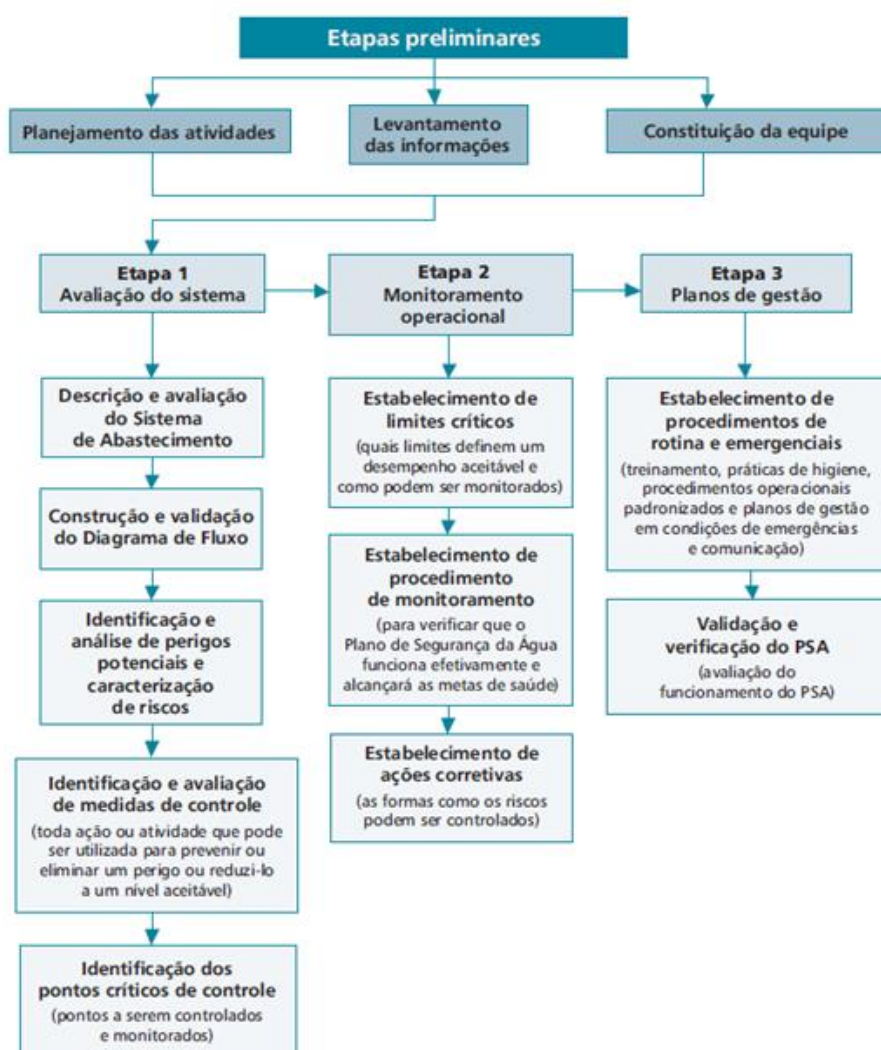
De uma forma geral, as etapas para o desenvolvimento do Plano de Segurança da Água incluem o diagnóstico e avaliação do sistema, o monitoramento operacional e os planos de gestão, conforme demonstra-se na Figura 01.

As etapas preliminares envolvem o planejamento das atividades, o levantamento das informações necessárias e a constituição da equipe técnica de elaboração e implantação do Plano de Segurança da Água. (BRASIL, 2012) Na elaboração de um Plano de Segurança da Água, por parte do Responsável pelo sistema de abastecimento de água para Consumo Humano, é fundamental que estejam disponíveis os dados operacionais como:

- i. vazão de água captada;
- ii. turbidez da água bruta/decantada/tratada;
- iii. turbidez da água filtrada;
- iv. pH da água bruta, coagulada e tratada;

- v. concentrações de ferro, alumínio e manganês na água bruta e na água tratada;
- vi. concentrações de cloro livre e cloro total na água tratada;
- vii. histórico de nitrogênio amoniacal na água bruta;
- viii. dosagens de produtos químicos utilizados no tratamento;
- ix. análises da presença de agrotóxicos e outros contaminantes químicos ou biológicos na água bruta;
- x. laudos de qualidade da água bruta.

Figura 01 – Etapas preliminares do Plano de Segurança da Água



Fonte: Ministério da Saúde, 2012

Etapa 1 – Avaliação do sistema

A avaliação do sistema, deve partir do diagnóstico detalhado, desde o manancial até o ponto de consumo, e tem por objetivo verificar se o sistema pode garantir o tratamento e o fornecimento de água, de acordo com metas de saúde pré-estabelecidas. A avaliação de um sistema de abastecimento de água para consumo humano é realizada por meio de uma descrição precisa do sistema e da construção e validação de um diagrama de fluxo. Devem ser realizadas a descrição e a análise simples da bacia hidrográfica do manancial de captação (matéria-prima), de todas as etapas da estação de tratamento de água e do sistema de distribuição (água tratada – produto final) por meio de levantamento de dados primários e secundários (BASTOS, 2010).

Como a qualidade da água para consumo humano varia, ao longo do sistema, a avaliação deve determinar se a qualidade final da água distribuída aos consumidores atenderá aos padrões estabelecidos nas metas de saúde. As informações devem ser sistematizadas em mapas da bacia, fluxogramas dos sistemas de tratamento, e mapas dos sistemas de distribuição, entre outros. Para tanto, podem ser utilizados os Sistemas de Informação Geográfica (SIG) como ferramenta para auxiliar na construção do diagrama de fluxo (BASTOS, 2010).

Após a descrição do sistema de abastecimento de água, deve-se identificar, em cada etapa do diagrama de fluxo, os eventos perigosos e/ou os perigos do sistema de abastecimento de água (biológicos, químicos, físicos e radiológicos) para correlacioná-los aos possíveis efeitos adversos à saúde humana. (BRASIL, 2012)

Etapa 2 – Monitoramento operacional

O monitoramento operacional do sistema de abastecimento de água para consumo humano tem por objetivo controlar os riscos e garantir que as metas de saúde sejam atendidas. Assim, a cada perigo priorizado nas diversas etapas do sistema, além das medidas de controle, deve ser verificada a necessidade de se associar programas de avaliação, de forma a verificar se estão atendidos os limites críticos, ou se tais medidas mantêm-se eficazes na eliminação dos perigos ou minimização dos riscos (WHO, 2011).

Quando identificadas as medidas de controle, deve-se definir estratégias para acompanhá-las, de forma a garantir que falhas sejam prontamente

detectadas. As medidas de controle são ações identificadas na avaliação do sistema e implementadas para prevenir, reduzir ou eliminar a contaminação. Incluem ações de gerenciamento relacionadas à captação, aos processos de filtração e desinfecção e ao sistema de distribuição de água. Portanto, se as medidas de controle funcionarem adequadamente, as metas de saúde serão atingidas. (BRASIL, 2012)

A identificação e a implementação de medidas de controle devem ser baseadas no princípio das múltiplas barreiras. Esta abordagem é eficaz e a falha de uma barreira pode ser compensada pela utilização das barreiras remanescentes, minimizando-se, assim, a probabilidade de os contaminantes passarem por todo o sistema e estarem presentes em quantidades suficientes para causar danos aos consumidores. (BRASIL, 2012)

Etapa 3 – Planos de gestão

Os planos de gestão possibilitam a verificação constante do PSA. Devem descrever as ações a serem desencadeadas em operações de rotina e em condições excepcionais (de incidentes), além de organizar a documentação da avaliação do sistema, a comunicação de risco à saúde, os programas de suporte e a validação e verificação periódica do PSA, garantindo-se o melhor funcionamento do sistema de abastecimento de água para consumo humano (VIEIRA; MORAIS, 2005).

Os planos de gestão devem prever a verificação periódica do PSA e de sua eficácia, além de estratégias de comunicação de risco à saúde, incluindo-se os procedimentos para alerta em emergências e informação às autoridades de saúde pública.

Como o gerenciamento de alguns aspectos do sistema de abastecimento de água para consumo humano, frequentemente, é de responsabilidade compartilhada entre vários setores, é essencial que as regras, as prestações de contas e as responsabilidades sejam definidas, a fim de se coordenar seu planejamento e gerenciamento (WHO, 2011).

Doenças de veiculação hídrica

A água pode transportar substâncias e micro-organismos prejudiciais para a saúde. Nesse caso, a alta incidência de doenças de veiculação hídrica tem relação direta com a qualidade de água potável e a falta de coleta e tratamento de esgoto. O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) apresenta como principais doenças de veiculação hídrica:

Amebíase

A amebíase é causada por um protozoário que recebe o nome de *Entamoeba histolytica*. Esse agente infeccioso libera cistos, formas inativas e resistentes, capazes de sobreviver por muito tempo no ambiente. As principais fontes de infecção são as ingestões de alimentos ou água contaminados por fezes contendo cistos amebianos maduros. A falta de higiene domiciliar pode facilitar a disseminação de cistos nos componentes da família. Os portadores assintomáticos, que manipulam alimentos, são importantes disseminadores dessa protozoose. (ICICT, 2020)

Cólera

Doença infecciosa intestinal aguda, causada pela enterotoxina⁷ do *Vibrio cholerae*, podendo se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câimbras. Esse quadro, quando não tratado prontamente, pode evoluir para desidratação, acidose⁸, colapso circulatório, com choque hipovolêmico⁹ e insuficiência renal. (ICICT, 2020)

A transmissão ocorre principalmente pela ingestão de água contaminada por fezes ou vômitos de doente ou portador. Os alimentos e utensílios podem ser contaminados pela água, pelo manuseio ou por moscas. A propagação de pessoa a pessoa, por contato direto, também pode ocorrer. (ICICT, 2020)

Dengue

⁷ Enterotoxinas são toxinas produzidas por diversos microrganismos que agem no intestino causando principalmente dores abdominais, diarreias e vômitos.

⁸ A acidose é provocada por um excesso de produção de ácido que se acumula no sangue ou por uma perda excessiva de bicarbonato no sangue (acidose metabólica) ou por um acúmulo de dióxido de carbono no sangue decorrente de função pulmonar insuficiente ou de interrupção da respiração (acidose respiratória).

⁹ É o tipo mais frequente de choque e é causado por débito cardíaco inadequado devido à redução do volume sanguíneo.

É uma doença infecciosa febril aguda, que pode se apresentar de forma benigna ou grave. Isso vai depender de diversos fatores, entre eles: o vírus e a cepa envolvidos, infecção anterior pelo vírus da dengue e fatores individuais como doenças crônicas (diabetes, asma brônquica, anemia falciforme). (ICICT, 2020).

A doença é transmitida pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Não há transmissão pelo contato direto com um doente ou suas secreções, nem por meio de fontes de água ou alimento. (ICICT, 2020)

Doenças diarreicas agudas

Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 a 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição. Dependendo do agente, as manifestações podem ser decorrentes de mecanismo secretório provocado por toxinas ou pela colonização e multiplicação do agente na parede intestinal, levando à lesão epitelial e, até mesmo, à bacteremia ou septicemia. Os vírus produzem diarreia autolimitada, só havendo complicações quando o estado nutricional está comprometido. Os parasitas podem ser encontrados isolados ou associados (poliparasitismo) e a manifestação diarreica pode ser aguda, intermitente ou não ocorrer. (ICICT, 2020)

Apresentam-se na forma:

- i. Bactérias - *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* enterotoxigênica, *Escherichia coli* enteropatogênica, *Escherichia coli* enteroinvasiva, *Escherichia coli* enterohemorrágica, salmonelas, *Shigella dysenteriae*, *Yersinia enterocolitica*, *Vibrio cholerae* e outras;
- ii. Vírus - *Astrovírus*, *calicivírus*, *adenovírus entérico*, *norovírus*, *rotavírus*;
- iii. Parasitas - *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium*, *Balantidium coli*, *Giardia lamblia*, *Isospora belli* e outras.

Esquistossomose

Popularmente conhecida como barriga d'água, xistose ou doença do caramujo, a esquistossomose atinge principalmente comunidades carentes, sem acesso a água potável e sem o saneamento adequado. Se não for tratada adequadamente, a esquistossomose pode evoluir e provocar complicações graves, levando à morte. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

No Brasil, a doença parasitária é causada pelo verme *Trematódeo Schistosoma Mansoni*. Ele tem a espécie humana como hospedeiro definitivo e os caramujos de água doce, do gênero *Biomphalaria*, como hospedeiros intermediários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Pessoas contaminadas podem liberar ovos do parasita em suas fezes. Quando estas são depositadas em rios, córregos e outros ambientes de água doce ou quando chegam até estes locais pelas enxurradas, pode acontecer a contaminação através da pele. O verme é capaz de penetrar na pele de pessoas que pisam descalças, nadam, tomam banho ou simplesmente lavam roupas e objetos na água infectada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020)

Filariose

Doença parasitária crônica de caráter endêmico, restrita a áreas focais. Os quadros clínicos decorrentes da presença de Filariose Linfática (FL) no ser humano são referidos como morbidade filarial, sendo especialmente conhecida à elefantíase. O parasita responsável pela doença humana é o nematóide *Wuchereria bancrofti*, sendo vetor o mosquito *Culex quiquefasciatus* (pernilongo ou muriçoca).

A filariose linfática (FL), doença parasitária crônica, é uma das maiores causas mundiais de incapacidades permanentes ou de longo-prazo.

Febre tifoide

Doença bacteriana aguda, também conhecida por febre entérica, causada pela bactéria *Salmonella enterica* sorotipo Typhi. Bacilo gram-negativo da família Enterobacteriaceae. Doença de veiculação hídrica e alimentar, cuja transmissão pode ocorrer pela forma direta, pelo contato com as mãos do doente ou portador, ou forma indireta, guardando estreita relação com o consumo de água ou

alimentos contaminados com fezes ou urina do doente ou portador. Os legumes irrigados com água contaminada, produtos do mar mal cozidos ou crus (moluscos e crustáceos), leite e derivados não pasteurizados, sorvetes, etc. podem veicular salmonelas. A contaminação de alimentos, geralmente, é feita por portadores ou pacientes oligossintomáticos, motivo pelo qual a febre tifóide é conhecida como a doença das mãos sujas. (ICICT, 2020).

A ocorrência da doença está diretamente relacionada às condições de saneamento existentes e aos hábitos de higiene individuais. Estão mais sujeitas à infecção as pessoas que habitam ou trabalham em ambientes com precárias condições de saneamento. A doença acomete com maior frequência a faixa etária entre 15 e 45 anos, em áreas endêmicas. A taxa de ataque diminui com a idade. (ICICT, 2020).

Giardíase

É uma parasitose intestinal mais freqüente em crianças do que em adultos e que tem como agente etiológico a *Giardia lamblia*. Este protozoário flagelado tem incidência mais alta em climas temperados.

Hepatite infecciosa (Hepatite A e E)

Doença viral aguda, de manifestações clínicas variadas. Os sintomas se assemelham a uma síndrome gripal. O quadro clínico é mais intenso à medida que aumenta a idade do paciente. No decurso de uma hepatite típica, temos vários períodos Doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus A (HAV) e também conhecida como "hepatite infecciosa", "hepatite epidêmica", "hepatite de período de incubação curto". (ICICT, 2020).

Fecal-oral, veiculação hídrica, pessoa a pessoa (contato intrafamiliar e institucional), alimentos contaminados e objetos inanimados. Transmissão percutânea (inoculação acidental) e parenteral (transfusão) são muito raras, devido ao curto período de viremia. (ICICT, 2020)

Leptospirose

A leptospirose é uma doença infecciosa aguda causada por uma bactéria chamada *Leptospira*, presente na urina de animais infectados. Em áreas

urbanas, o rato é o principal reservatório da doença, a qual é transmitida ao homem, mais frequentemente, pela água das enchentes. O homem se infecta pelo contato da pele ou mucosas (dos olhos e da boca) com a água ou lama contaminadas pela urina dos ratos. (ICICT, 2020)

No Brasil, a doença ocorre com maior frequência em áreas urbanas e regiões metropolitanas, onde as condições sanitárias precárias e a alta infestação de ratos aumentam o risco de contrair a doença. (ICICT, 2020)

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo dados do Instituto Trata Brasil, 83,62% dos brasileiros são atendidos com abastecimento de água tratada, sendo quase 35 milhões de brasileiros sem o acesso a este serviço básico. Nas últimas décadas, tem-se registrado um rápido crescimento populacional e urbanístico, por vezes descontrolado, em algumas regiões do Brasil, fenômeno que não tem sido acompanhado de uma adequada provisão de serviços básicos, nomeadamente água e saneamento.

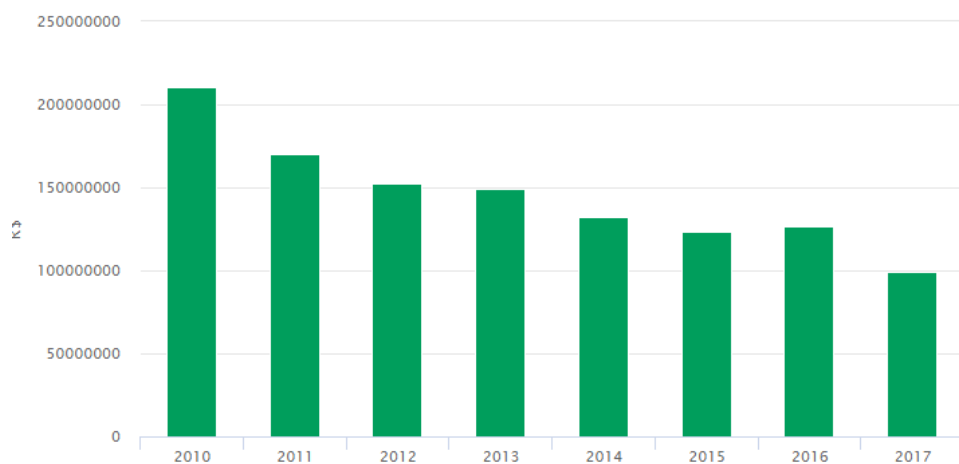
O número de internações por doenças associadas à falta de saneamento foi de 31,83 a cada 10 mil habitantes em 2010. Nos anos seguintes, essa taxa teve uma leve redução, sem apresentar uma melhora significativa. Resultado disso é que, em 2010, foram gastos mais de R\$210 milhões apenas com internações causadas por essas doenças.

Em dados mais recentes, é possível perceber uma melhora nos índices. Em 2017, a incidência de internações no Brasil por doenças de veiculação hídrica foi de 12,46 casos para cada 10 mil habitantes, representando uma despesa de cerca de R\$ 99 milhões. Apesar dos resultados, a melhora ainda é lenta e os gastos ainda são elevados, conforme demonstra-se na Figura 01.

Dados do Instituto Trata Brasil, mostram a junção de casos de doenças por veiculação hídrica a com a ausência da infraestrutura de saneamento básico resultaram em óbitos. No ano de 2017 foram registrados 2.340 óbitos decorrentes dessas doenças, no ano de 2018 foram registrados 2.180 óbitos.

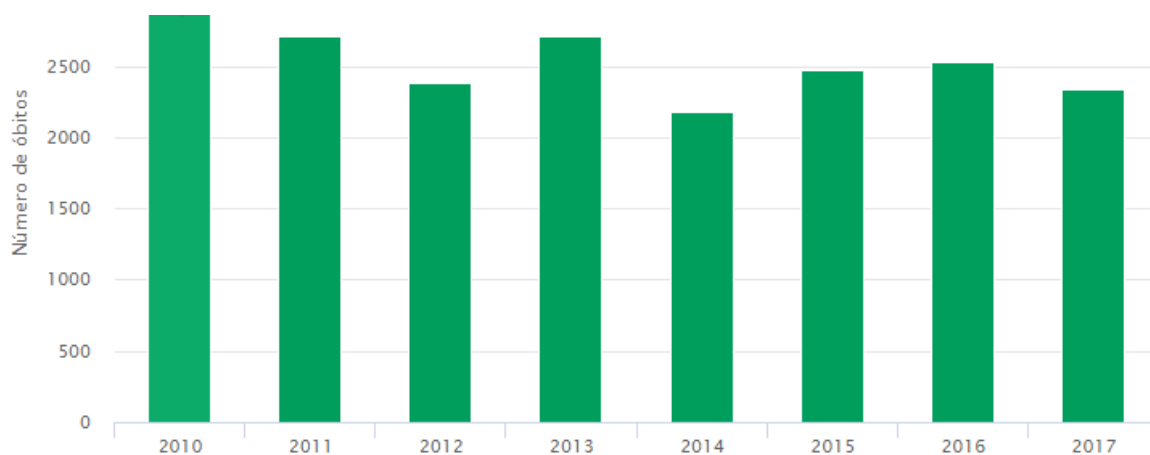
Apesar dos esforços da Organização Mundial da Saúde, e das diretrizes e normativas do Ministério da Saúde, desde 2010 não ocorreu melhora significativa no número de mortes, conforme demonstra-se no Figura 02.

Gráfico 01: Despesas com internações por doenças de veiculação hídrica.



Fonte: Instituto Trata Brasil

Gráfico 02: Número de óbitos por doenças de veiculação hídrica.



Fonte: Instituto Trata Brasil

CONCLUSÃO

Se forem seguidas as orientações da Organização Mundial da Saúde, na elaboração do Plano de Segurança da Água serão atendidas as exigências legais brasileiras e serão cumpridos compromissos internacionais. O conhecimento da realidade no Brasil, suas dificuldades e desafios financeiros e técnicos são aspectos importantes que deverão ser considerados durante a elaboração do Plano de Segurança da Água, de modo que não sejam propostas metas inatingíveis, e conseqüentemente, ocasione a não implementação do PSA.

Os Planos de Segurança de Água precisam referenciar o planejamento e as atividades levadas a cabo pelas concessionárias de água e inclusive devem ser objeto de fiscalização constante da Vigilância Sanitária e potencialmente de outros órgãos da administração. A implementação do Plano de Segurança da Água em sistemas de abastecimento de água para consumo humano deve formar um conjunto organizado de ações e procedimentos de análise e gestão de todos os riscos previsíveis e portanto mitigáveis, de maneira a proteger os sistemas da presença, não só de microrganismos patogênicos, mas também de substâncias químicas em concentrações tóxicas, assegurando a qualidade da água produzida e fornecida aos consumidores.

As ameaças à saúde pública devidas a doenças de veiculação hídrica, continuam e aumentam a necessidade de se estabelecerem metodologias para o controle da qualidade da água destinada ao consumo humano.

REFERÊNCIAS

BASTOS, R.K.X. Roteiro de orientação para implantação de Planos de Segurança da Água – PSA. 87p. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº- 2.914, de 21 de outubro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União. Brasil, 12 dez. 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de segurança da água: garantindo a qualidade e promovendo a saúde: um olhar do SUS. Brasília, 2012.

DENNY, Danielle Mendes Thame; THAME, Antonio Carlos Mendes. Responsabilidade sobre o plano de segurança da água no Brasil

DI BERNADO, L., DANTAS, A. D. B., VOLTAN, P. E. N. Métodos e Técnicas de Tratamento de Água. São Carlos: Editora LDiBe, 2017.

INSTITUTO TRATA BRASIL. Consulta geral a homepage oficial. Disponível em: < <http://www.tratabrasil.org.br> >. Acesso em: 29/11/2020

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. Consulta geral a homepage oficial. Disponível em: < <https://www.icict.fiocruz.br/> >. Acesso em: 29/11/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consulta geral a homepage oficial. Disponível em: < <http://www.blog.saude.gov.br/> >. Acesso em: 29/11/2020

VIEIRA, J. M. P.; MORAIS, C. Planos de segurança de água para consumo humano em sistemas públicos de abastecimento. Instituto Regulador de Água e Resíduos, 2005.

VIEIRA, J.M.P.; MORAIS, C. Manual para a elaboração de planos de segurança da água para consumo humano. Minho: Instituto Regulador de Águas e Resíduos, Universidade do Minho: 2005. 175p.

VALENTIM, Luís Sérgio Ozório. Vigilância de fatores ambientais de risco à saúde associados aos eventos de massa no ESP: o caso da água para consumo humano. São Paulo: 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. A practical guide to auditing water safety plans. IWA, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Guidelines for drinking water quality. Fourth ed. 2011.

PANDEMIA, NEGACIONISMO E O IMPACTO NOS DIREITOS DAS MULHERES

Professora Mestre Suzane G. Frutuoso professora da Fecaf, consultora de comunicação e diversidade e escritora. Jornalista pela Unisantos e mestre em Sociologia pela PUC-SP. Este texto reúne parte das primeiras investigações para sua tese de doutorado em Ciência Política em curso também na PUC-SP.

RESUMO

O artigo a seguir joga luz sobre um dos principais impactos de 2020, marcado pela pandemia do novo coronavírus e agravado por um governo negacionista: o retrocesso em direitos e conquistas das mulheres, que, mais uma vez e historicamente, se viram sobrecarregadas, abrindo mão de si mesmas para darem conta de uma série de problemas profissionais e familiares, além de serem afetadas mais fortemente pelo desemprego e pela crise econômica que se instalou. Em especial, as mulheres negras e de classes mais vulneráveis. Com base em dados amplamente divulgados, o trabalho comprova o sinal de alerta para as brasileiras.

Palavras-chave: pandemia, mulheres, negacionismo, direitos, retrocessos.

ABSTRACT

The following article sheds light on one of the main impacts of 2020, marked by the pandemic of the new coronavirus and aggravated by a denialist government: the setback in women's rights and achievements, which, once again and historically, have been overwhelmed, giving up themselves to cope with a series of professional and family problems, in addition to being more strongly affected by unemployment and the economic crisis that has taken place. In particular, black women and the most vulnerable classes. Based on widely disseminated data, the work proves the warning signal for Brazilian women.

Keywords: pandemic, women, denialism, rights, setbacks

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia do novo coronavírus. Mas, ao mesmo tempo, uma outra pandemia se ampliava: a de retrocessos em conquistas das mulheres. Alguns desses passos atrás começaram já a partir da expansão de governos extremamente conservadores, mas acabaram fortalecidos pela quarentena. Tanto no Brasil como em outras partes do mundo. O problema não era a quarentena, necessária para evitar contaminações e mortes por Covid-19. O problema é que a sociedade brasileira ainda é patriarcal, apesar de avanços significativos alcançados por movimentos de igualdade de

direitos, equidade de gênero, diversidade e redes de apoio pessoal e profissional para mulheres, muito fortalecidas pelas conexões da tecnologia, da internet e das redes sociais.

No período iniciado em março de 2020 questões como aumento da violência doméstica, da sobrecarga de trabalho e de tarefas do lar, dificuldades para performar nos estudos e na carreira, e uma colocação da mulher, novamente, sob escrutínio público como o relacionado ao direito ao aborto, ficaram evidentes. Se faz necessário, portanto, investigar os impactos da pandemia (com um pano de fundo baseado em conservadorismo e negacionismo) nos direitos e espaços femininos, considerando quanto esse aspecto é um cenário negativo com reflexos para toda a sociedade. Quais serão os desdobramentos da soma de uma onda conservadora e, por que não dizer, extremista, com um vírus que obrigou as populações ao isolamento social, isolamento esse considerado “oportunidade” para devolverem mulheres a limitações sociais, econômicas e culturais?

São muitos e variados os riscos que surgiram para a população feminina no país durante a pandemia. A partir de pesquisas e levantamentos relacionados ao tema, é possível ter um olhar sobre a abrangência dos desafios que se impõe. Mas antes de pontuarmos muitos deles como parte da justificativa deste trabalho, vamos destacar uma passagem que nos faz reviver o ditado que diz que as mulheres nunca podem descansar em relação aos direitos já conquistados.

Em agosto de 2020 veio à público a história de uma menina de 10 anos do Espírito Santo que engravidou depois de ser continuamente estuprada pelo tio. O caso chocou a sociedade brasileira, mas, ao mesmo tempo, fez emergir grupos religiosos conservadores que tentaram convencer a menina a não ser submetida a um aborto. A intervenção é permitida por lei no Brasil em caso de estupro. Foi o Código Penal de 1940 que isentou de pena a interrupção de uma gravidez fruto de violências. Independentemente da lei, médicos entrevistados na ocasião esclareceram que o corpo de uma criança de 10 anos não aguentaria os efeitos de uma gestação, além de impactar profundamente a saúde psicológica da criança.

Essa história ajuda a entender muitos pontos do que esperamos trazer à luz neste trabalho. Não pretendemos focar a questão do aborto em si, mas mostrar como chegamos a um momento em que uma das leis de proteção à mulher no país, já com 80 anos de história, regrediu. E isso apesar da revelação de uma barbárie contra uma menina de 10 anos, seguida da divulgação de muitos outros casos semelhantes e em pouco tempo. Um exemplo, de muitos outros e em diferentes áreas, direitos femininos que ficaram em xeque no Brasil da pandemia mesclada com conservadorismo.

Números inquestionáveis

A Plataforma Gente, do Grupo Globo, realiza pesquisas sobre a sociedade brasileira a partir de análise de dados de inteligência de mercado e de institutos de pesquisa parceiros. Em setembro publicou um estudo sobre as preocupações e comportamentos dos brasileiros durante a pandemia, indicando como a Covid-19 impactou a saúde mental e emocional da população. Em especial das mulheres. Só para citar alguns resultados, 33% dos homens estão ansiosos contra 49% das mulheres. Também 33% delas apresentam quadros de insônia, contra 19% dos homens. O distanciamento social levou à sobrecarga mental e de trabalho para as mulheres de classes média e alta, com home office, orientação de estudos on-line dos filhos, cuidados com parentes idosos, tarefas domésticas (que permanecem divididas de modo desequilibrado). Entre as mulheres das classes C, D e E sendo muitas delas chefes de família, veio o desemprego, também a responsabilidade com filhos e parentes idosos e a dúvida sobre o dia de amanhã.

Vale destacar que as mulheres são maioria entre os profissionais em cargos mais vulneráveis, como enfermeiras, cuidadoras e trabalhadoras domésticas. Uma classe de profissionais que não pode cumprir o isolamento, além das mulheres também estarem estão mais sujeitas ao trabalho informal.

Segundo a pesquisa “Mercado de Trabalho e Pandemia da Covid-19: ampliação de desigualdades já existentes?”, realizada em julho pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a taxa de participação de mulheres com filhos de até 10 anos no mercado de trabalho caiu de 58,3% no segundo trimestre de 2019 para 50,6% no mesmo período deste ano. A participação média de

mulheres no mercado de trabalho ficou em 46,3% entre abril e junho de 2020. “Foi um salto para trás na história do mercado de trabalho. O último resultado abaixo de 50% foi registrado em 1990”, calculou Marcos Hecksher, pesquisador do instituto em entrevista ao portal G1. Ele prevê que muitas dessas mulheres terão dificuldade para voltar ao mercado de trabalho porque o cenário será de geração de postos mais lenta do que a busca por vagas.

Ainda de acordo com reportagem do portal G1, os arranjos familiares mudaram muito ao longo dos anos, o que externalizou os problemas decorrentes da dupla jornada da mulher que trabalha e cuida sozinha da casa. “Muitas delas são chefes de família, não têm marido e, tampouco, ajuda para criar os filhos. O risco é que, pela necessidade, elas acabem deixando as crianças sob perigo”, analisou Cristina Vieceli, técnica do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese).

O impacto no emprego e na carreira das mulheres por conta da pandemia conta com outros desdobramentos graves. Quando não têm seu próprio sustento, ficam mais vulneráveis à dependência financeira de companheiros e, muitas vezes, presas em relacionamentos violentos e abusivos.

A violência contra a mulher, claro, não é um problema que emergiu na pandemia. É uma antiga realidade cotidiana no Brasil e no mundo. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), só no ano de 2019, 17,8% das mulheres em todo o mundo sofreram violência física ou sexual. Significa que 1 em cada 5 mulheres foi violentada por alguém do seu vínculo afetivo. No Brasil de 2018, mais de 500 mulheres foram agredidas por hora, sendo que 76% dos agressores eram conhecidos da vítima - companheiro, ex companheiro ou vizinho.

Com a adoção das medidas de distanciamento social exigidas pelo combate contra o novo coronavírus, mulheres se viram trancadas em casa com agressores 24 horas por dia. A partir daí, surgem duas implicações que nos permitem entender a situação (não aceitar). A primeira é o aumento do estresse que levam as pessoas a se sentirem mais irritadas e ficarem agressivas. Estudo da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) mostra que os casos de estresse cresceram 80% desde o início da pandemia. Fatores econômicos,

desemprego e perda de renda são também fundamentais para compreendermos o crescimento da violência doméstica no Brasil. Na pesquisa Termômetro da Crise, realizada pelo Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com o Instituto Olhar, 61,9% dos respondentes tiveram a economia familiar reduzida.

Com o aumento da violência doméstica, cresce o número de feminicídios, que é o homicídio de mulheres motivado por gênero e pela condição feminina. Infelizmente, também esse cenário já pode ser mensurado. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública registrou um aumento de 22% dos casos de feminicídio em 12 estados do país, entre março e abril de 2020, em comparação com o mesmo período do ano passado. Acre, Mato Grosso e Maranhão registraram percentuais alarmantes de feminicídio. Nestes estados o crescimento foi, respectivamente de 300%, 150% e 133%. Segundo o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, só em abril, logo depois do início do confinamento, houve aumento de 40% de denúncias registradas por meio do 180 em relação ao ano anterior.

Crianças e adolescentes do Brasil não ficam de fora das estatísticas de violência x pandemia. Segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, a cada hora, três meninas menores de 18 anos são vítimas de violência sexual. A cada quatro horas isso acontece com uma menina de 13 anos. Estima-se que existam cerca de 500 mil casos por ano e somente 10% sejam notificados. A maioria das vítimas é violentada por alguém conhecido e a violência ocorre dentro de casa, na família. Assim, a violência sexual e física contra meninas também se faz real na pandemia, apesar de ainda não termos números exatos.

Nem mesmo a produção científica realizada por mulheres no Brasil ficou de fora do impacto brutal da Covid-19. Lembrando que número de artigos publicados por uma pesquisadora é condição essencial para aprovação dela em editais de projetos de pesquisa, concursos públicos e progressão de carreira. Segundo Miller:

[...] A expectativa geral é de que as mulheres apoiem a 'reputação' da família, com suas atitudes sociais tradicionais, e mantenham os 'problemas familiares' dentro do próprio lar. (MILLER, 2002, p.251)

Levantamento do projeto brasileiro *Parent in Science* (do inglês, pais na ciência) indica o dano da pandemia e da desigualdade de condições para docentes, pesquisadoras e alunas de pós-doutorado, doutorado e mestrado. Até maio de 2020, 2 mil acadêmicos haviam respondido o questionário, sendo 70% mulheres. Perguntados sobre ter um artigo científico quase pronto ou em vias de publicação, os entrevistados analisaram o impacto do isolamento social na conclusão do trabalho: 40% das mulheres sem filhos não concluíram seus artigos, contra 20% dos homens. 52% das mulheres com filhos não concluíram seus artigos, contra 38% dos homens.

CONCLUSÃO

É importante investigarmos de maneira atenta como a formação de uma consciência coletiva e até subjetiva de repressão à mulher se forma a partir de situações como as descritas acima e, muitas vezes, chanceladas por governantes, o que faz com que esses atrasos de fato se concretizem. Se faz necessário, portanto, barrar o avanço, novamente, de todo tipo de violência contra as mulheres. Desde as físicas até emocionais, sociais e culturais.

Para isso, é urgente destacar e acompanhar o posicionamento de redes e de movimentos feministas e femininos em busca de aplacar os retrocessos no histórico de conquistas das mulheres. Principalmente, procurar entendê-los e participar. Infelizmente, já há relatos de como alguns desses grupos vêm demonstrando receio de se posicionar devido a possíveis censuras, discriminações e perseguições. Não podemos esquecer como o discurso do medo é uma forma recorrente de legitimar autoridade e para justificar que mulheres voltem a seus devidos lugares:

Compreende-se que, na realidade, a obediência é determinada pelos motivos bastante fortes do medo e da esperança – medo da vingança dos poderes mágicos do detentor do poder, esperança de recompensa neste mundo ou no outro – e, além de tudo isso, pelos mais variados interesses. (WEBER, 2010, p.56).

A pluralidade de pensamento sobre questões políticas, sociais e culturais é e sempre foi um evidente incômodo aos movimentos conservadores. Entre suas defesas, está a ideia de que valores tradicionais dão solidez à convivência social. Seria uma forma de manutenção da sociedade. Mas é importante compreender para quem esse formato social é válido e interessante. Com certeza, não para minorias - como as mulheres (mesmo sendo maioria em números, são minoria em oportunidades, direitos e espaços) são caracterizadas.

O pluralismo cria uma condição de incerteza em relação ao que deveria crer e ao modo como se deveria viver; mas a mente humana abomina a incerteza, sobretudo no que diz respeito ao que se conta na vida. (BERGER, 1994, p.48).

Assim, temas que mexem com as estruturas sociais costumam causar questionamentos e, se não compreendidos e aceitos, as mais diversas violências como forma de controle e manutenção de poder. Existindo uma situação atípica e capaz de tirar as certezas e a rotina das pessoas, como uma pandemia, geradora de medos e dúvidas, fica mais fácil disseminar discursos que encontram eco na manutenção do já conhecido, estabelecido, de ordem e obediência, como meio de “espantar” um mal como um vírus.

Essa pensata vira terreno fértil para justificar excessos que também vêm à tona porque está na mentalidade ainda não totalmente desconstruída da sociedade a ideia de que mulher deve se submeter às regras. Sempre, claro, as regras determinadas pelo machismo. Que a sociedade se mantenha em combate contra as diferentes opressões que tanto machucam e limitam as mulheres, que não ganhem força novamente. E que um dia a gente consiga viver sem o ditado que diz que as mulheres nunca podem descansar em relação aos direitos já conquistados.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, Chimamanda Ngozi. O perigo de uma história única. São Paulo. Companhia das Letras. 2019.

BASÍLIO, Patricia. *Com creches fechadas na pandemia, participação das mulheres no mercado de trabalho é a menor desde 1990*. G1. São Paulo, 5 de set. de 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/2020/09/05/com-creches-fechadas-na-pandemia-participacao-de-mulheres-no-mercado-de-trabalho-e-a-menor-desde-1990.ghtml>> Acesso em setembro 2020

BERGER, Peter L. Una gloria remota. Avere fede nell'epoca del pluralismo. Bologna: Il Mulino, 1994.

CASTELLS, Manuel. *Redes de Indignação e esperança: Movimentos sociais na era da internet*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

CHAIA, Vera. Política e Cultura do Medo. In: Ciências Sociais na Atualidade. São Paulo: Educ, 2011.

CHIARA, Marcia. *Violência contra a mulher aumenta em meio à pandemia*. **Estadão**. São Paulo, 1 de jun. de 2020. Disponível em: <<https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,violencia-contra-a-mulher-aumenta-em-meio-a-pandemia-denuncias-ao-180-sobem-40,70003320872>> Acesso em setembro 2020

GATES, Melinda. O momento de voar: como o empoderamento feminino muda o mundo. São Paulo. Editora Sextante. 2018

GARCIA, Janaina. *Produção científica de mulheres despenca na pandemia - de homens, bem menos*. Tilt UOL. São Paulo, 26 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2020/05/26/pandemia-pode-acentuar-disparidade-entre-homens-e-mulheres-na-ciencia.htm>> Acesso em setembro 2020

MILLER, L. *Protegendo as mulheres da violência doméstica*. Em L. Q. Moraes e R. Naves (Orgs.). *Advocacia pro bono em defesa da mulher vítima de violência*. Campinas, SP: Unicamp, p. 223-263, 2002.

MINADEO, Roberto. Direitos humanos, cidadania e violência no Brasil: estudos interdisciplinares – Volume 3, 2015., Edition: 1, Chapter: 8, Publisher: Curitiba: Editora CRV, pp.145-192. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/274248533 Tendencias e Perspectivas do Empoderamento Feminino Destaque na participacao politica e na atuacao empreededora](https://www.researchgate.net/publication/274248533_Tendencias_e_Perspectivas_do_Empoderamento_Feminino_Destaque_na_participacao_politica_e_na_atuacao_empreededora)>. Acesso em setembro 2019

NETO, João. Mulheres dedicam quase o dobro do tempo dos homens em tarefas domésticas. Agência de Notícias IBGE. Rio de Janeiro, 31 de maio de 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24267-mulheres-dedicam-quase-o-dobro-do-tempo-dos-homens-em-tarefas-domesticas>> Acesso em setembro 2020

Termômetro da crise COVID-19. Crisp UFMG. Belo Horizonte, 14 de maio de 2020. Disponível em: <<https://www.crisp.ufmg.br/termometro-da-crise-covid-19/>> Acesso em setembro 2020

TOLEDO, Mariana. Na pandemia, mulheres têm mais ansiedade, insônia e enxaqueca. Universa UOL. São Paulo, 24 de set. de 2020. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/09/24/na-pandemia-mulheres-tem-mais-ansiedade-insonia-e-enxaqueca-do-que-homens.htm>> Acesso em setembro 2020

WEBER, Max. Metodologia das Ciências Sociais, *parte 2*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2001.

ZOELLICK, R. B. A igualdade de gênero promove o desenvolvimento das nações. Câmara dos Deputados, 27 set. 2011. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/a-camara/procuradoria-da-mulher/a-igualdade-de-genero-promove-o-desenvolvimento-das-nacoes>>. Acesso em setembro 2019

O USO DO ÁCIDO HIALURÔNICO E SUAS VARIAÇÕES TOPOGRÁFICAS, TÉCNICAS E TEMPORAIS.

Isabela C. Cordeiro Bandeira
Biomédica (Uninove), especialista em Biomedicina Estética (Unileya e UNESA).

Ricardo Bandeira
Biomédico (Unifmu) e teólogo (Vinha), especialista em Ensino-aprendizagem (Unifmu),
Educação Inclusiva (Unib) e Acupuntura (Etosp), doutoramento em Patologia
Experimental (Usp). ricardoban@gmail.com

RESUMO

O tratamento AAH faz parte do rol de técnicas estéticas que, atualmente estão disponíveis ao público geral e que atingem a necessidade de restabelecimento de estruturas superficiais, como a pele e tecidos anexos, algo que em suma se trata do rejuvenescimento tecidual. Um tratamento que se concentra entre os mais procurados na estética cotidiana, como também a procura pelas práticas com gases (carboxiterapia, ozônioterapia) e daquelas de quebra de tecido adiposos (hidrolipoterapia, criolipoterapia) e tem por características ímpares como a simplicidade posológica e de administração, o resultado rápido (quase que imediato) e manutenção de médio prazo (entre 3 e nove meses). AAH possui como ponto positivo, somente atrás da toxina botulínica, ser minimamente invasivo e não cirúrgicos, avançando em 70% de aplicações nos últimos anos, ainda mais se considerada sua acessibilidade e segurança. Contudo, nesse último ponto é de se considerar que o aumento do uso pode estar ligado ao aumento do aparecimento de eventos adversos. Ai se encontra a utilidade do uso combinado da enzima hialuronidase, diminuindo ou cessando o efeito anestésico da reação aguda da AAH.

Palavras-Chave: estética, injetável, ácido hialurônico.

ABSTRACT

The AAH treatment is part of the aesthetic techniques that are currently available to the general public and reach the need for restoration of superficial structures, such as the skin and attached tissues, which is basically tissue rejuvenation. A treatment that is concentrated among the most sought after in the daily esthetics, as well as the search for the practices with gases (carboxitherapy, ozone therapy) and those of adipose tissue breakdown (hydro-lipoterapia, cryolipoterapia) and has by unique characteristics as the simplicity of administration and administration , the rapid (almost immediate) outcome and medium-term maintenance (between 3 and 9 months). AAH has as a positive point, only behind the botulinum toxin, to be minimally invasive and not surgical, advancing in 70% of applications in the last years, even more considering its accessibility and safety. However, in this last point it is to be considered that the increase of the use may be related to the increase of the appearance of adverse events. Therein lies the utility of the combined use of the enzyme hyaluronidase, decreasing or ceasing the inesthetic effect of the acute AAH reaction.

Key-words: stetical, hialoronic acid.

INTRODUÇÃO

Estética e bem-estar

A estética como finalidade e trabalho remonta a antiguidade da sociedade. Os descritores históricos apontam que sociedades representativas em tamanho, como os egípcios, ou comunidades representativas em tempo, como diversas comunidades africanas, apresentam o fator estético. Como no cuidado na apresentação e no asseio de higiene aliado ao aprimoramento da imagem.

Vale dar nota que o conceito de estética está relacionado a leitura de bem ou mal. Se trata de um conceito grego que se detém a bem e mal, inicialmente a natureza da alma, posteriormente a natureza do corpo. (Leal, 2008)

Histórico da área

Historicamente, a estética pode ser notada em uma variedade de sociedades do mundo. Em relação ao tema corporal passou por avanços e crescimento de uso sob o fator tempo, passou também em avanço sob o fator expressividade, principalmente na sociedade ocidental.

Como amparo a curiosidade, a estética pode ser notada, por exemplo em relatos bíblicos, como passagens em Genesis, Êxodo, Deuteronômio, Juízes, Ester, Rute, salmos, cantares, Eclesiastes, e ainda em passagens neotestamentárias, como em Coríntios e nas cartas do então apóstolo João.

Outra curiosidade que é de grande valia no aspecto da estética corporal, a sua representatividade e foco de interesse social nos valores ocidentais. Nota-se, nos termos atuais a tendência e pressão para o uso e busca de manobras estéticas, das mais diferentes ordens. (LEAL, 2008)

Aspectos profissionais e tecnológicos

Escritos técnicos contemporâneos mostram uma grande demonstração de avanço e ramificação especializada na área de estética e bem estar. O que, por muito foi ocupação de barbeiros, cortadores, manicures, procures e tratadores de calejumes para um número aumentativo de cabeleireiros,

esteticistas, massagistas, biomédicos farmacêuticos enfermeiros e fisioterapeutas estetas.

O avanço nas ferramentas de ensino favoreceu a impulsão da boa aparência e da boa forma, os avanços na educação física, medicina dermatológica e da reabilitação corretiva e estética por si só também alavancaram a área, em sua expansão e expressão social.

Ainda, os avanços na tecnologia na era moderna e contemporânea são inegavelmente favoráveis também na área da estética. Equipamentos, insumos, ferramentas, e um sem fim de conhecimento e inteligência favoreceram avanço da estética. (SEBRAE, 2018)

Panorama brasileiro

Especialmente nos últimos trinta e cinco anos a área do cuidado e bem estar vem provando um aumento de 10 a 20% anual, em procura, investimento e retorno financeiro. Em considerações são demonstrados aumentos de 100, 200 e em casos específicos ordens ainda maiores de crescimento. Empresas nacionais e internacionais crescem nas ordens semelhantes e investem paulatinamente no melhoramento e geração de novos produtos. (SEBRAE, 2018)

AAH e suas particularidades

Trindade publicou em meados de 2016, trabalho tratando do uso de AAH no terço superior da face, região espessa e inelástica, com o envelhecimento há o surgimento de rugas e marcas, manchas; atual, moldável, seguro, imediato, duradouro e reversível, vantajoso frente ao uso de toxina botulínica, pois não há risco de ptose palpebral (queda), permitindo o preenchimento e suspensão da região e reposicionamento das sobranceiras.

Apresentaram como protocolo de tratamento, o associado a lidocaína e solução fisiológica com atividade anestésica de 30 minutos aproximadamente, permite segurança e conforto ao procedimento, além disso, preparados mais coesivos e viscosos dão mais sustentação e integração tissular a manobra, para aplicações mais superficiais volumes entre 0,2 e 0,5 mL na região da glabella e

supero-orbital (sobre as sobrancelhas) compreendem preparados menos viscosos. De maneira geral, volumes totais de 1 a 3 ml possuem resultados entre 10 a 18 meses, com o atento as linhas horizontais com aplicações a 45 graus. Especificamente para as linhas glabellares, a associação com toxina botulínica, num volume de 0,4 a 0,6 ml tem duração de até nove meses. Ainda, para as linhas glabellares mais superficiais, a inclinação da agulha, diluição maior e aplicação retrógrada linear permitem a correção das marcas.

Com relação às complicações, além daquelas envolvidas nas manobras invasivas (equimoses, sangramentos pequenos e nódulos ocasionais) sem dúvidas, a complicação mais séria a considerar é a aplicação intravenosa, a qual pode gerar, em casos últimos, cegueira e necrose tecidual; para tanto, a compressão látero-lateral da zona de aplicação é imprescindível, diminuindo a chance de atingir o seio vascular glabellar. Havendo tal fatalidade, interrompe-se imediatamente a aplicação, somado o uso de compressa morna e mesmo aplicação de heparina permite a diminuição da lesão local e trombótica; tema tratado também por Crocco, em 2012.

Klotz(2014) apresenta uma ferramenta funcional e acessória ao uso de ácido hialurônico, que mesmo se tratando de uma ferramenta 'padrão ouro' na abordagem estética pode ter casos adversos, e estes podem ser de escala grave. A aplicação da enzima *hyaluronidase* mostrou no dado trabalho, se tratar de uma ferramenta útil e segura na diminuição dos eventos adversos agudos da AAH e também na modulação dos resultados indesejados.

AAH possui como ponto positivo, somente atrás da toxina botulínica, ser minimamente invasivo e não cirúrgicos, avançando em 70% de aplicações nos últimos anos, ainda mais se considerada sua acessibilidade e segurança. Contudo, nesse último ponto é de se considerar que o aumento do uso pode estar ligado ao aumento do aparecimento de eventos adversos. Ai se encontra a utilidade do uso combinado da enzima *hyaluronidase*, diminuindo ou cessando o efeito incômodo da reação aguda da AAH.

Quanto às regiões, os sulcos naso-laterais (jugais, labiais e genianos) de maior intervenção e, de maneira geral, o volume aplicado foi entre 02, a 05, ml

(com 400 U por ml de enzima); quanto as reações ao uso da enzima, houve em cerca de 46% dos casos, como eritema e edema e prurido.

PROBLEMA

O Ácido Hialurônico é um ótimo preenchedor subdérmico, quando falamos sobre o rejuvenescimento facial, e sua harmonização, pois ele traz de volta o volume, brilho, e automaticamente a autoestima (MONTEIRO, 2010).

A técnica de administração de ácido hialurônico (AAH) é amplamente difundida no ramo da estética; porém, nota-se que a literatura técnica atual não está atualizada enquanto apanhado destes avanços e variações. É necessário que se apanhe e organize as principais avaliações desse uso e suas variações tratando de questões como:

Qual o contexto atual da técnica?

Quais as novidades notadas em seu uso?

Quais dados são apresentados atualmente com seu uso?

OBJETIVOS

Demonstrar e compilar os achados relevantes e atuais na técnica de administração de ácido hialurônico (AAH), como também suas variações e melhoramentos, variações de pontos de aplicação e sua duração temporal.

Organizar as proposições a respeito da técnica de AAH, de acordo com as perspectivas morfológica (topografia da administração), bioquímica (variações do conteúdo administrado) e cronológica (temporais do tratamento).

JUSTIFICATIVA

Num breve relato histórico contemporâneo, considerando os últimos trinta e cinco anos e se vê uma evolução no ramo de estética e bem estar. O que, era costumeiro como o corte de cabelo e o cuidado das mãos e pés, o uso de cremes capilares e hidratantes corporais e massagens tradicionais avançaram para um número vultoso de produtos, ferramentas e métodos do cuidado corporal, não somente dos cabelos, pele e anexos como também tecidos e estruturas mais profundas, manobras tanto locais quanto sistêmicas, houve também um progressivo aumento do número de profissionais, suas habilidades e

competências diante do avanço na promoção dos produtos e afins citados a pouco. (DWECK, 1998)

O tratamento AAH faz parte do rol de técnicas estéticas que, atualmente estão disponíveis ao público geral e que atingem a necessidade de restabelecimento de estruturas superficiais, como a pele e tecidos anexos, algo que em suma se trata do rejuvenescimento tecidual. Um tratamento que se concentra entre os mais procurados na estética cotidiana, como também a procura pelas práticas com gases (carboxiterapia, ozônioterapia) e daquelas de quebra de tecido adiposo (hidrolipoterapia, criolipoterapia) e tem por características ímpares como a simplicidade posológica e de administração, o resultado rápido (quase que imediato) e manutenção de médio prazo (entre 3 e nove meses).

Tendo em vista essas características relevantes (avanço do mercado de estética e bem-estar, predileção entre as técnicas existentes e seus pontos positivos) justifica-se o desenvolvimento deste trabalho uma vez que a técnica de AAH também se inclui no avanço presente nos seguintes sentidos:

Dadas diferentes abordagens e diferenças na condução das práticas de AAH,

- Pelo uso das aplicações e manobras referentes a técnica de AAH,
- Dos resultados obtidos e manifestos na literatura formal e técnica,
- Da manutenção dos resultados obtidos na técnica de AAH.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, no desenho metodológico de revisão de literatura, somada a ideia de sua concepção (exposto no 'problema' e 'objetivos' anteriormente) e ainda, para captar as nuances e singularidades do tema em questão concebeu-se a confecção deste trabalho no molde de 'pesquisa qualitativa'; a saber, trazer a resolução o problema exposto em seu aspecto concreto positivo ou negativo, presente ou ausente, confirmativo ou negativo bem como a captação das variações, sinuosidades e peculiaridades do tema e sua relevância no momento (GODOY, 1995; FLICK, 2009).

A fim de cumprir os objetivos nossa abordagem qualitativa será a partir da revisão de literatura, usando como critério de inclusão trabalhos referentes especificamente as perguntas estabelecidas, trabalhos atuais e também trabalhos no vernáculo nacional; os critérios de exclusão respectivamente os inversos aos colocados (trabalhos generalistas, antigos e inacessíveis a língua portuguesa ou tradução simples).

As bases de pesquisa virtual e de dados utilizadas para a aquisição dos materiais são: *google*, *google acadêmico* e *pubmed*.

REVISÃO DE LITERATURA

Iniciou-se no começo da década de 90 o nascimento da era da Toxina Botulínica, e do preenchedor a base de Ácido Hialurônico, nenhuma outra combinação foi tão promissora no tratamento de rugas e linhas de expressão. Hoje está dentro de alguns tratamentos mais solicitados nas clínicas e consultórios de estética, sendo responsáveis por mais de 50% do total dos procedimentos. Com o passar dos anos, a tecnologia e o conhecimento desses produtos aumentaram, e com essa evolução observou-se a possibilidade de novos tratamentos e técnicas (FERNANDES, 2011).

Há hoje uma modificação no tratamento estético facial que seria a troca do conceito bidimensional baseado no tratamento de linhas e sulcos, para o conceito tridimensional que admite outros pontos como também: perdas de volume por reabsorção óssea, redistribuição de gordura facial como sinais de envelhecimento e retração gengival. Esse conceito é baseado na harmonização facial, que respeita o objetivo dos pacientes, permite resultados mais naturais, sem expressões distorcidas (FERNANDES, 2011).

Atualmente existe um amplo aumento na tecnologia, que permitiu o aprimoramento de novas técnicas, e novas qualidades de preenchedores, e maior refinamento das técnicas de aplicação. Dentre as novidades nos preenchedores observamos: melhora da durabilidade (maior reticulação, menores números de endotoxinas, géis monofásicos), segurança (origem não animal, conteúdos proteicos reduzidos), e versatilidade (géis para vários níveis

de aplicação e diferentes capacidades de expansão pelo tecido (FERNANDES, 2011).

O processo de envelhecimento cutâneo

Existem dois fatores de processo de envelhecimento cutâneo, fator extrínseco, e fator intrínseco. *Fator Extrínseco* é causado por influências do ambiente, principalmente por exposição á radiações solares (radiação UV), estilo de vida como fumo, alcoolismo, alimentação, peso, estresse, e privação do sono. Assim, *fator Intrínseco*: Esse fator independe de influências externas, apesar de muitas vezes colaborar para o seu desenvolvimento precoce. Ele está ligado ao relógio biológico, e altera estruturas importantes para a pele como o colágeno, elastina, perda de gordura, perda óssea, flacidez tissular e muscular (FRAZÃO, 2015).

No processo estético o rejuvenescimento facial, não se limitou somente no desaparecimento de rugas e sulcos, mas agora abrange uma área maior, como por exemplo, a restauração do viço da pele, e do volume. Os preenchedores são uma ferramenta importante nessa nova atualidade, pois com eles é possível realizar o rejuvenescimento tridimensional, como citado anteriormente. Ao escolhermos um preenchedor devemos observar algumas características básicas para seu uso, tais como: não cancerígeno registro na ANVISA, durável, não alérgico, indetectável na pele, custo/benefício, fácil manuseio e aplicação, menor tempo de recuperação e que causa uma mínima chance de processo inflamatório (MONTEIRO, 2010).

Na figura 1 podemos observar o crânio no adulto jovem (esquerda) e no idoso (direita).

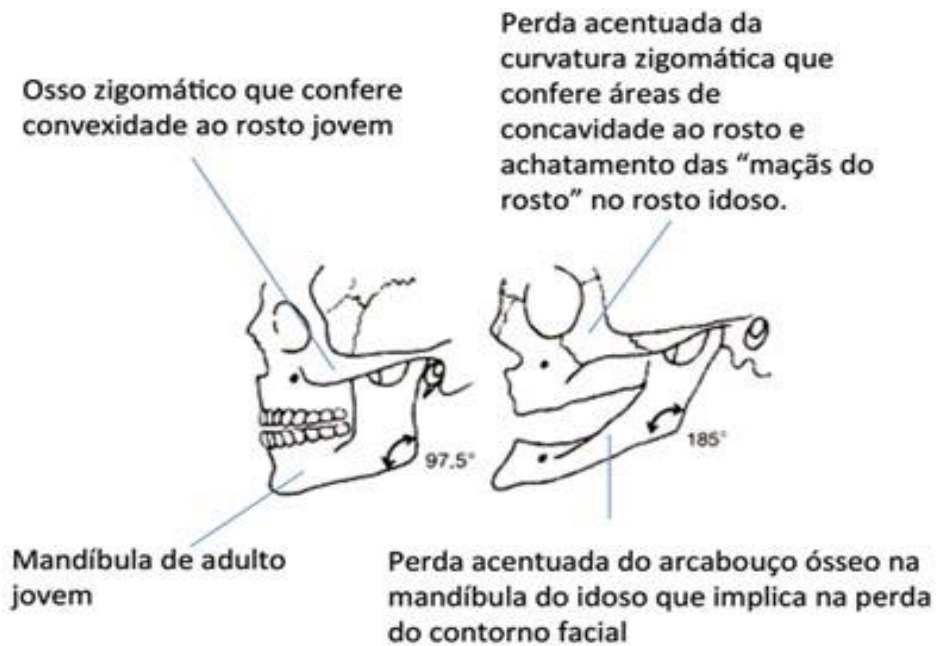


Figura 1 – Variações morfofuncionais temporais (VANRELL, 2009).

Preenchedores faciais

Sabemos que há milhares de anos são utilizados diversos tipos de tratamentos com cosméticos. Muitos deles eram formados de pigmentos de fonte vegetal e animal, e eram aplicados de forma tópica. Esses tratamentos foram sendo superados ao longo dos anos devido ao acesso de anestésias e conseqüentemente melhora nos procedimentos cirúrgicos. Na metade do século XIX, as terapias estéticas tornaram-se cada vez mais invasivas. Quando havia algum trauma, era realizada a injeção de gordura para a recuperação da perda de volume da região. O preenchedor mais comum do século XX era a gordura autóloga; porém, retirar a gordura e injetá-la novamente, era algo muito invasivo, demorado, e com pouco efeito. Foi então que criaram pesquisas para produção de colágeno, que era de origem bovina, onde se colocada em uma seringa poderia ser aplicada para o tratamento de linhas, sulcos e rugas (MONTEIRO, 2010).

Com a alta demanda de pesquisas, chegou-se à conclusão de que o colágeno bovino tinha necessidade de um duplo teste cutâneo, e com isso se deu início à procura de um preenchedor que fosse mais adequado para o implante cutâneo. Percebeu-se então que o grupo dos hialinos, derivados do

Ácido Hialurônico, seriam substâncias que mais se enquadravam como implantes cutâneos como preenchedores (MONTEIRO, 2010).

Na figura 2 ,Comparativa Colágena e ácido hialurônico.

	Colágeno	Ácido hialurônico
Compatibilidade	Espécie e tecido específico	Idêntica em todas as espécies e tecidos
Duração tecidual média	3-5 meses	6-12 meses
Origem	Bovino ou humano	Animal ou bacteriana
Padrão de perda	Perda de volume gradual	Degradação isovolumétrica
Viscosidade	Constante	Dinâmica
Teste pré-procedimento	Teste cutâneo duplo é necessário	Não é necessário teste cutâneo
Prevalência de alergia	3% da população tem alergia	Menos de 0,4% da população tem alergia
Transporte e armazenamento	Refrigerado	Temperatura ambiente

Figura 2 – atributos bioquímicos (MONTEIRO, 2010).

Atualmente contamos com diversas classes de preenchedores, são eles os: *Absorvíveis*: curta duração ou semipermanentes. Exemplos: colágeno, ácido hialurônico e gordura. Ainda, os *Permanentes* ou não absorvíveis. Exemplos: silicone metacrilato.

Preenchedores a base de Ácido Hialurônico

Conhecido como um preenchedor absorvível, o Ácido Hialurônico foi aprovado pela FDA, em 1996, para uso cosmético. Produzido pela *Hyaluform®*, sua fabricação era de origem animal, com mínimas chances de reações alérgicas, porém de curta duração. A pioneira a realizar a fabricação sem origem animal foi à marca Restylane, a partir daí, o Ácido hialurônico foi o mais utilizado na escolha para a realização de preenchimento facial, devido a suas propriedades oferecidas em relação ao colágeno. Não há necessidade de teste de alergia, longa duração dos resultados, melhores resultados e tratamentos mais eficazes (MONTEIRO, 2010).

Encontramos hoje no mercado várias marcas de Ácido Hialurônico diferentes como a concentração de AH disponível na solução, processo de reticulação (*crosslinking*), resistência à degradação (enzimas e radicais livres), capacidade de oferecer volume, oferecendo assim diferentes resultados.

Realizado um estudo histopatológico, obteve-se a confirmação de que o AH estimula a neocolagênese (MONTEIRO, 2010).

A Figura 3- Variações comerciais dos compostos colágenos e ácidos, possibilita o conhecimento de alguns produtos.

Tipo de produto	Nomes comerciais
Colágeno (origem animal – bovino)	Zyderm [®] 1, Zyderm [®] 2 e Zyplast [®] (Allergan)
Colágeno (origem não animal – humano)	CosmoDerm [®] , CosmoPlast [®] (Allergan)
Ácido hialurônico (origem animal)	Hylaform [®] , Hylaform [®] Plus (Allergan)
Ácido hialurônico (origem não animal)	Restylane [®] e Perlane [®] (Q-Med), Juvéderm [®] e Surgiderm [®] (Allergan) Teosyal [®] (Teoxane), Esthelis [®] (Antheis), Puragen [®] e Prevelle [®] (Mentor) Varioderm [®] (Adoderm), Matridur [®] e Matrigel [®] (BioPolymer) Hyaluroni Facial Implant (Futerman), Perfectha [®] (Neolatina), Revanesse [®] (Prolenium)

Figura 3: Variações comerciais de produtos (MONTEIRO, 2010).

Ácido Hialurônico *in natura*

Hialuronato, hialuronan e ácido hialurônico são conhecidos como sinônimos de um polissacarídeo que contém 200 até 100.000 unidades copiadas de dissacarídeos (ácido D-glicurônico e N-acetil D-glicosamina) seu peso molecular é de 1×10^5 até 5×10^5 daltons. O nome refere-se a um ato histórico que foi o seu isolamento a partir do Humor Vítreo do olho bovino por Meyer e Palmer, em 1934, derivando do nome do tecido do qual foi descoberto (hyalos=brilhante) e um dos seus açúcares (ácido urônico). No indivíduo adulto normal, a quantidade presente de AH é de 15g, com um *turnover* diário de perto um terço de 15g. Sua concentração no plasma sanguíneo varia de 10 a 100µg/l, é excretado através da sua metabolização nos capilares hepáticos em dissacarídeos. Sua sintetização ocorre na membrana plasmática de fibroblastos e outras células, a produção é excitada por diversos mediadores inflamatórios e fatores de crescimento. Em específico, nos queratonócitos, sua síntese pode ser bloqueada pelo cloreto de cálcio e grandemente excitada pelo ácido retinóico (MONTEIRO, 2010).

O AH se encontra em diferentes quantidades em determinadas áreas do nosso corpo, nos músculos 7,8% da quantidade total de AH no organismo, pele

55,9%, trato gastrointestinal 0,8%, esqueletos e estruturas de suporte 26,8%. Sua distribuição na pele está na derme e epiderme, na derme está relacionado com as microfibrilas de colágeno, encontrado nas fibras elásticas e colágenas. Já na epiderme sua repartição é por compartimentos, tem uma grande quantidade disposta na camada espinhosa média, e pouca na camada basal, e é totalmente ausente nas camadas granulosa e córnea.

A distribuição no tecido depende de acordo com a idade, quanto mais alta a idade do indivíduo, menor a quantidade de AH em todas as camadas com restrição da derme papilar que mantém sua concentração. Este processo de envelhecimento evidencia uma redução total da quantidade dos tecidos conectivos. Sabe-se que o AH obtém retenção de até 100 vezes do seu peso molecular em água ao seu redor, com isso ocorre a expansão da matriz extracelular o que facilita a difusão de moléculas hidrossolúveis. A redução da quantidade acomete um encolhimento dessa matriz, o que altera a quantidade de água e a disposição de transporte de substâncias, isso leva a algumas consequências como perda do turgor, desidratação redução do suporte a micro vasos, alterações de elasticidade a formação de rugas (MONTEIRO, 2010).

A função do AH é apresentada pelas particularidades físico-químicas e sua interação com outras macromoléculas, é a molécula mais volumosa da matriz extracelular, está relacionada com processos de regeneração, proliferação e reparação tecidual. Alguns testes realizados em tecidos fetais que são ricos em AH, evidenciaram restaurações sem cicatrizes, e os testes atingidos in vivo com administração de hialuronidase a lesões de tecidos fetais observou-se intensa fibrose, inflamação e angiogênese (MONTEIRO, 2010).

Produção de AH

Como citado anteriormente os preenchedores a base de AH, são produzidos de duas formas: origem animal (a partir da crista de galo) e não animal produzido através da biotecnologia (fermentação bacteriana). O mais utilizado hoje é o de origem não animal que é obtido através de meio de cultura e bactéria não patogênica *Streptococcus equi* e *S. zooepidermus*, organismo unicelular, sem secreção de clorofila e cultivado em açúcar e aminoácidos. De origem animal ou origem não animal, ambas passam por variados métodos

químicos que visam à aquisição do produto final, Hialuronato de sódio, e deve conter a menor quantidade de proteínas ou ainda de endotoxinas bacterianas. Os métodos físico-químicos acontecem em diferentes fases: alcalinização (NaOH), tratamento pelo calor, dissecação, proteólise, precipitação, purificação e diálise, porém isso varia de acordo com cada fabricante, mas ambos tem o interesse que chegue-se ao resultado final que é a forma de gel de ácido hialurônico purificado (MONTEIRO, 2010)

Aplicação da técnica de preenchimento com Ácido Hialurônico

São muito indicados quando se trata de correção de rugas, sulcos, depressões, melhora do contorno e volume dos lábios, cicatrizes de acne, e reposição do volume facial, devido a sua comprovação de resultados. De acordo com o tipo de ruga, prega ou sulco, é determinado à aplicação com o exato produto. Segue abaixo escala (figura 4) e imagem (figura 5) para maior entendimento quanto às rugas (TALARICO, 2011).

Figura 4 – Descrição e ilustração das variações topográficas.

GRAUS	DESCRIÇÃO
1. AUSENTE	Sulco não visível. Linha cutânea contínua.
2. SUPERFICIAL	Discreta influência na aparência facial.
3. MODERADO	Sulcos moderadamente profundos; embora a aparência facial seja normal, torna-se visível quando a pele é esticada.
4. GRAVE	Sulcos profundos e longos, aparência facial proeminente, dobra com menos de 2 mm quando se estica a pele.
5. MUITO GRAVE	Sulcos longos e extremamente profundos.

Figura 4 – variações técnicas frente a variações topográficas (TALARICO, 2011).

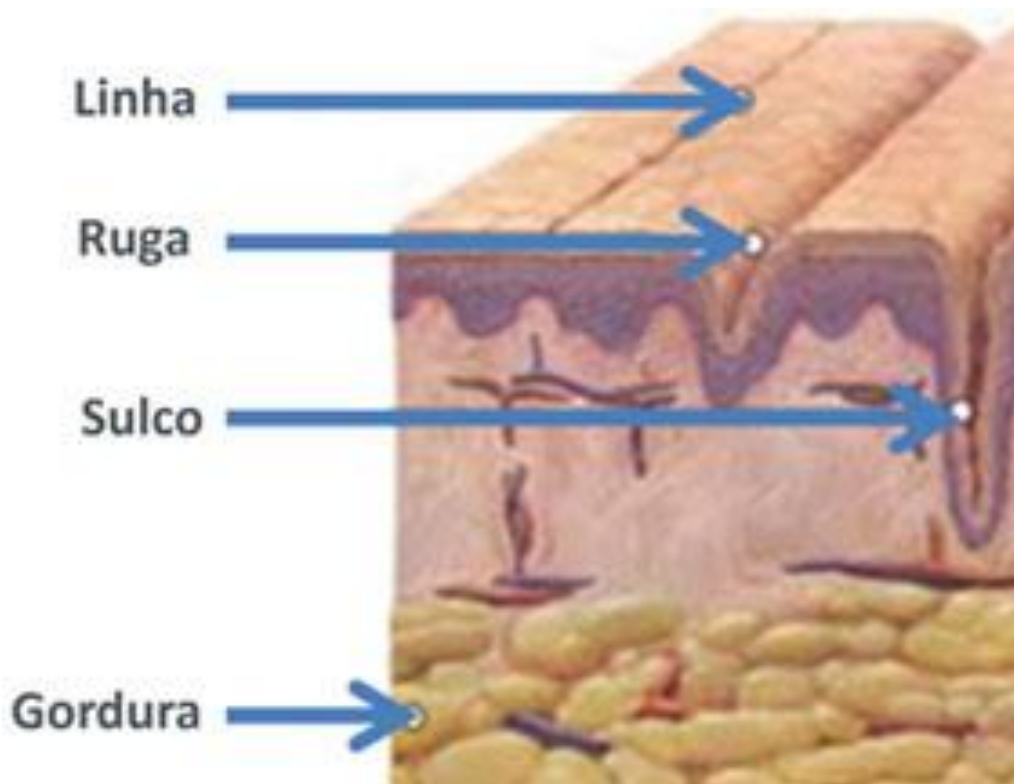


Figura 5 - variações técnicas frente a variações topográficas (TALARICO, 2011).

Quando há redundância da pele, não satisfaz preencher o sulco ou a prega nasolabial e/ou melomental, primeiro é necessário o reparo do volume facial, ajustando ao máximo a pseudoptose do terço médio da face para reduzir sulcos/pregas. Caso a ptose for grave, pode ser que o preenchimento não seja indicado antes da submissão a correção por cirurgia com lifting facial. A contração muscular é também um fator que pode causar linhas muito finas na superfície da pele, que podem ser tratadas com a aplicação de Toxina Botulínica Tipo A, quando não há tratamento com a Toxina, essas rugas finas podem se tornar cada vez mais espessas e tornam-se estáticas, e aí vem a necessidade de intervenção e correção com o preenchedor para linhas finas, que tem sua aplicação feita superficial. Já no caso de rugas estáticas mais profundas, que sofreram maior pseudoptose, é necessária uma intervenção com preenchedor de gel mais viscoso, com aplicação mais profunda (MONTEIRO, 2013)

Eficácia e durabilidade variam dependendo de vários fatores: local de aplicação, profundidade, características do produto, associação ou não com

outras técnicas de rejuvenescimento como a Toxina, por exemplo, que é um ótimo aliado. Há registro de 4 a 18 meses de duração. As figuras a seguir nos revelam alguns Comparativos pré e pós-administração de AH. (MONTEIRO, 2013)



Figura 6 – variações técnicas (MONTEIRO, 2013)



Figura 7 – variações topográficas (MONTEIRO, 2013).



Figura 8 – variações técnicas (MONTEIRO, 2013)



Figura 9 – variações temporais (MONTEIRO, 2013).

À esquerda, paciente com hiperpigmentação periorbital antes do procedimento. Ao centro, a mesma paciente imediatamente após ser submetida ao preenchimento de ácido hialurônico através de cânula. À direita, a mesma paciente 12 meses após a aplicação.

Anestesia

Atualmente já existem produtos que contêm em sua composição de AH, a junção de anestésico. Porém quando não há acesso a esses produtos, existem outras formas de melhorar o sensorial do indivíduo em relação a aplicação do AH. Alguns deles são: *Anestésico tópico* (pomada, gel, creme, path, spray); *Anestésico injetável* (infiltração local, bloqueio troncular); *Outros* (gelo,

compressa gelada, refrigeração). Na figura 5 a seguir, temos acesso a alguns desses anestésicos, materiais, modo de aplicação e nome comercial.

Procedimento	Material	Modo de aplicação	Nome comercial
Tópico	Mistura eutética de anestésicos (lidocaína 2,5% + prilocaína 2,5%)	Manter sob oclusão 60 minutos antes	EMLA [®] , Medicaína [®]
	Lidocaína 4% lipossomada	Manter sem oclusão 30-40 minutos antes, ou sob oclusão 15-30 minutos	Dermomax [®]
	Lidocaína 7% + tetracaína 7%	Aplicar no local, deixar por 30 minutos, formará um filme flexível que deve ser removido	Pliaglis [®]
Injetável	Lidocaína 2% com epinefrina	Injetar e aguardar 30 segundos a 3 minutos	Xylestesin [®]
	Lidocaína 2% sem epinefrina	Injetar e aguardar 1 a 5 minutos	Xylestesin [®]
Outros agentes locais	Gelo	Aplicar imediatamente antes da injeção por 1-2 minutos, até a pele ficar eritematosa, mas não branca	–
	Spray (Etil cloridato)	Aplicar imediatamente antes da injeção, spray contínuo por 5 segundos, 5-8 cm de distância do local	Pain Easy [®]
	Refrigerador	Vários equipamentos disponíveis, verificar as especificações do fabricante para calcular tempo e distância	Siberian [®] , Freddo [®]

Figura 10 – Descrição e ilustração das variações posológicas (MONTEIRO, 2013).

Complicações

Com o uso constante do preenchedor de AH, houve a observação de possível aparecimento de reações adversas, e em alguns casos complicações mais severas, isso acontece apesar do AH ser uma substância degradável para o nosso organismo. Existem algumas classificações para essas complicações, são elas: recente, tardia, e pós-tardia, elas podem ocorrer devido a alguns fatores, como por exemplo: o profissional que realizará a técnica, o produto, e o paciente. Mesmo com a escolha do produto adequado para cada indivíduo, ainda há riscos de ocorrer algumas dessas complicações. O sangramento é

considerado, como o mais comum desses efeitos adversos, ele pode ser imediato ou não, e pode levar a formação de equimoses ou hematomas, acompanhados por dor, eritema e edema. Muitas das reações adversas não podem ser previstas, por isso há a necessidade de acompanhamento do paciente. Segue quadros 1, 2 e 3 para maior esclarecimento (MONTEIRO, 2014).

Quadro 1 - Possíveis complicações com implantes injetáveis nas partes moles	
-	Sangramento
-	Hematoma
-	Edema prolongado
-	Eritema persistente
-	Produto visível e/ou palpável
-	Assimetria, sobrecorreção ou subcorreção
-	Permanência não prevista do implante (tempo maior ou menor que o esperado)
-	Efeito Tyndall (descoloração azulada)
-	Deslocamento ou extrusão do implante
-	Discromia (hipopigmentação ou hiperpigmentação)
-	Infecção (exemplo: reativação de herpes simples ou herpes zoster, infecção bacteriana)
-	Pápulas ou nódulos palpáveis
-	Granulomas
-	Isquemia ou necrose tecidual
-	Amaurose
-	Hipersensibilidade (exemplo: urticária, angioedema, anafilaxia)
-	Cicatriz

Quadro 2 - Classificação da complicação, de acordo com o tempo médio da evolução	
Recente	Inferior a 14 dias
Tardia	Entre 14 dias e 1 ano
"Pós-tardia" (prazo)	Maior que 1 ano

Figura 11: Quadro de complicações (MONTEIRO, 2014).

Quadro 3 - Os eventos adversos recentes, tardios e "pós-tardio" não são classificações "estáticas", o bom senso deve ser usado para avaliação de cada caso clínico. Desse modo, a divisão abaixo é mais didática que "definitiva"

Recente	<p>Sangramento Hematoma Edema imediato Eritema imediato Produto visível e/ou palpável Assimetria, sobrecorreção ou subcorreção Permanência não prevista do implante (tempo maior ou menor que o esperado) Efeito Tyndall (descoloração azulada) Deslocamento ou extrusão do implante Discromia (hipopigmentação ou hiperpigmentação) Infecção (exemplo: reativação de herpes simples ou herpes zoster, infecção bacteriana) Pápulas ou pseudonódulos palpáveis Isquemia ou necrose tecidual Amaurose Hipersensibilidade imediata (exemplo: urticária, angioedema, anafilaxia)</p>
Tardio	<p>Hematoma Edema prolongado Eritema persistente Produto visível e/ou palpável Assimetria, sobrecorreção ou subcorreção Permanência não prevista do implante (tempo maior ou menor que o esperado) Efeito Tyndall (descoloração azulada) Deslocamento ou extrusão do implante Discromia (hipopigmentação ou hiperpigmentação) Infecção (exemplo: infecção bacteriana) Pápulas ou pseudonódulos palpáveis Granulomas Biofilme Cicatriz</p>
Pós-tardio	<p>Eritema persistente (incomum, mas possível) Produto visível e/ou palpável Assimetria, sobrecorreção ou subcorreção Permanência não prevista do implante (tempo maior ou menor que o esperado) Efeito Tyndall (descoloração azulada) Deslocamento do implante Discromia persistente (hipopigmentação ou hiperpigmentação) Biofilme Pápulas ou pseudonódulos palpáveis Hipersensibilidade tardia / granulomas de corpo estranho Cicatriz</p>

Figura 12 - Quadro de complicações (MONTEIRO, 2014).

Quando o indivíduo chega até o profissional, deve-se observar se o mesmo já foi submetido a algum tipo de preenchedor, o produto que foi utilizado, se é absorvível ou não absorvível. A omissão dessas informações poderá alterar o equilíbrio imunológico do local. Estar atento sempre a medidas preventivas que podem ser utilizadas, caso aconteça algo de maneira indesejada, e é importante para a obtenção de um ótimo resultado, no curto, médio e longo prazo. Uma boa anamnese sempre deve ser empregada em todos os procedimentos estéticos, a antissepsia deve ser levada em conta também, fazendo-se importante o estiramento da pele, para total limpeza de sulcos, ou rugas profundas.

Evitar a injeção de grande volume, pois pode desencadear um processo inflamatório maior do que o esperado evitar injeção no quadro de acne ativa ou qualquer outra infecção, as regiões palpebrais e sulco lacrimal podem ser problemáticos se houver alguma obstrução dos vasos linfáticos, ou se estiverem com alguma dificuldade de drenagem, os lábios também são áreas de cautela, pois sempre estão em contato com as bactérias da mucosa oral.

Na figura 13, para acesso a mais informações (MONTEIRO, 2014).

Quadro 4 - Medidas preventivas das complicações	
Sangramento Hematoma Discromia (hiperpigmentação pós-hematoma traumático) Edema prolongado Eritema persistente	Evitar medicamentos e substâncias que alterem a coagulação, o tempo de sangramento. Evitar medicamentos e substâncias que alterem a coagulação, o tempo de sangramento. Investigar doenças hematológicas/miscrasias sanguíneas. Executar o tratamento sob anestesia tópica ou local, para ação vasoconstrictora. Executar o procedimento com atenção, comprimindo os vasos por cerca de cinco minutos ao sinal de sangramento. Traumatizar minimamente o local (por exemplo: preferir – se possível – a técnica de injeção linear retrógrada a multipuntura seriada no preenchimento do sulco nasolabial). Preferir agulhas de menor calibre para minimizar o trauma e o acesso para as bactérias.
Produto visível e/ou palpável. Assimetria, sobrecorreção ou "subcorreção". Permanência não prevista do implante (tempo maior ou menor que o esperado). Efeito Tyndall (descoloração azulada).	Executar o procedimento com atenção, fotografar antes do tratamento para constatar assimetrias palpáveis. Complementar o tratamento, se necessário. Melhor complementar que ter sobrecorreção. Comprimir os vasos por cerca de cinco minutos ao sinal de sangramento. Traumatizar minimamente o local (por exemplo: preferir – se possível – a técnica de injeção linear retrógrada a multipuntura seriada no preenchimento do sulco nasolabial).
Produto visível e/ou palpável. Assimetria, sobrecorreção ou subcorreção. Permanência não prevista do implante (tempo maior ou menor que o esperado) Efeito Tyndall (descoloração azulada)	Domínio técnico, conhecimento do local da realização do implante e do material a ser utilizado.
Deslocamento ou extrusão do implante. Cicatriz	Técnica inadequada, incompatibilidade entre o material do implante e a imunidade do hospedeiro.
Isquemia ou necrose tecidual Anurose	Injeção intravascular, variação anatômica, técnica inadequada.
Infecção (exemplo: reativação de herpes simples ou herpes zoster, infecção bacteriana) Biofilme	Preferir agulhas de menor calibre para minimizar o trauma e o acesso para as bactérias. Os pacientes devem ter recomendações de limpeza e higiene do local antes e após a injeção. Anamnese é sempre importante para revelar que cargas anteriores foram injectadas no paciente, possíveis distúrbios hemorrágicos, estado imunológico e infecções anteriores. Evitar injeção nos quadros de acne ativa ou quaisquer outras infecções. A área da pele relacionada com o problema deve ser abordada com cautela. As injeções na região palpebral ou no sulco lacrimal podem ser problemáticas se os linfáticos estiverem com alguma dificuldade de drenagem ou se estiverem obstruídos. Os lábios são uma área de potencial risco para a formação do biofilme por causa da proximidade da flora oral, com mais de 500 espécies de bactérias.
Hipersensibilidade imediata (exemplo: urticária, angioedema, anafilaxia)	Pode ser imprevisível. Evitar a aplicação nos pacientes com sensibilidade conhecida a qualquer componente da formulação.
Hipersensibilidade tardia / granuloma	Implantar materiais de origem diferente e natureza diferente, em especial os permanentes, sobre implantes prévios (principalmente sobre outro implante permanente).

Figura 12 – Complicações inflamatórias (MONTEIRO, 2014).

O tratamento das complicações deve ser feito de caráter precoce, para impedir danos permanentes. Quando falamos de preenchimento a base de AH, podemos intervir com a aplicação de enzima Hialuronidase. A hialuronidase é uma enzima que há na derme e age na despolimerização do AH, um mucopolissacarídeo espesso, membro essencial da matriz extracelular e responsável por trazer a adesão celular, funcionando como um cimento. A hialuronidase diminui a viscosidade intercelular e aumenta provisoriamente a permeabilidade e absorção dos tecidos, seu uso para dissolver o AH apesar de crescente é pouco discutido.

A imagem 6 trata-se de um desses tratamentos de complicações (LAILA, 2014).



Figura 13 – Ilustração de correção de complicação posológica.

Paciente apresentando ‘tindalização’ em sulco nasojugal direito após preenchimento com ácido hialurônico injetável e regressão completa após aplicação de hialuronidase (LAILA, 2014).

As hialuronidase são extraídas de testículos de bovinos e ovinos, e uma nova formulação a partir de enzima recombinante de origem não animal, vem sendo distribuída nos EUA. Efeitos adversos após o uso da hialuronidase são

raros, transitórios, e locais, tais como: edema, calor, eritema, prurido e dor (LAILA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chamamos a atenção para pontos de necessidade aos usuários e, ainda mais especialmente aos condutores da AAH como no caso das tabelas de avaliação, diagnóstico e tratamento de eventos adversos elaboradas por Trindade e colegiado, em 2017.

O uso dessa técnica permite resultado imediato, manobras seguras e sem necessidade de afastamento das atividades diárias, devolvendo a convexidade natural da região em resposta das depressões inatas e por conta do envelhecimento por exemplo.

Para a demonstração inicial e mais pormenorizada da AAH, que em cerca de 12 a 18 meses, embora os pacientes tenham a tendência de procurar o tratamento em período menor, e, da modulação da AAH com condicionais como a hialuronidase, que permitem ajustes do tratamento e suas adaptações e correções.

O crescimento no conhecimento da AAH e suas variações são notórias para as boas práticas e prosseguimento do padrão de excelência da técnica em si e da abordagem da saúde, estética e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. R. T.; de Araujo Sampaio, G. A. Ácido hialurônico no rejuvenescimento do terço superior da face: revisão e atualização – parte 1. *Surgical & Cosm.* Vol. 8. 2016.

Almeida, A. R. T.; Benegas, R.; Boggio, R. et al. Diagnóstico e tratamento dos eventos adversos do ácido hialurônico: recomendações do consenso do painel de especialistas da América Latina. *Surgical & Cosm.* Vol.9, 2017.

Camargo, B. V.; Goetz, E. R.; Bonsfield, A. B. S.; Justo, A. M. Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia.* 2011, vol. 19, 257-68.

Crocco, E. I.; Oliveira Alves, R.; Alessi, C. Eventos adversos do ácido hialurônico injetável. *Surgical & Cosm.* Vol.4 2012.

Dweck, R. H. A beleza como variável econômica — reflexo nos mercados de trabalho e de bens e serviços. IPEA, Rio de Janeiro, 1998.

Flick, U. Introdução à Pesquisa Qualitativa. *Artmed.* 3 ed. 2009.

Godoy, A. S. Pesquisa qualitativa, tipos fundamentais. *Revista de Administração de empresas.* São Paulo, 1995.

Klotz, L. A. B.; Souza, B. F. B. Hialuronidase: uma necessidade de todo dermatologista que aplica ácido hialurônico injetável. *Surgical & Cosm.* Vol.6, 2014.

Leal, V. C. L. V.; Catrib, A. M. F.; Amorim, R. F. Montagner, M. A. O corpo, a cirurgia estética e a saúde coletiva: um estudo de caso. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2008.

Salles, A. G.; Remigio, A. F. N.; Zacchi, V. B. L. et al. Avaliação clínica e da espessura cutânea um ano após preenchimento de ácido hialurônico. *Ver. Bras. Cir. Plast.* 2011.

Talarico, S. Hassum, K. M.; Monteiro, E. O.; et al. Avaliação da segurança e eficácia de novo preenchedor à base de ácido hialurônico no tratamento dos sulcos nasolabiais e contorno dos lábios. *Surg. Cosmet. Dermatol.* 2010.

Vanrell, J. P. *Odontologia Legal e Antropologia Forense*, G. Koogan, 2 ed. 2009.

<http://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/especial-publicitario/senac/educacao-para-o-trabalho/noticia/2017/03/quer-trabalhar-com-beleza-e-estetica-confira-os-cursos-para-entrar-nesse-segmento.html> em 21.02.18

<http://g1.globo.com/ceara/especial-publicitario/unifor/ensinando-e-aprendendo/noticia/2015/12/nada-de-crise-mercado-brasileiro-de-estetica-fecha-ano-com-saldo-positivo.html> em 21.02.18

<https://blog.carreirabeauty.com/como-e-o-mercado-de-beleza-no-brasil/#.Wo2Rg7ynEy4> em 28.02.18

<http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/a-profissionalizacao-dos-centros-de-estetica,00a9d62b2b886410VgnVCM1000003b74010aRCRD> em 28.02.18

<http://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ufs/sp/bis/sebrae-sp-disponibiliza-pesquisa-de-mercado-sobre-beleza-estetica,7667c9bc81fce510VgnVCM1000004c00210aRCRD> em 28.02.18

Monteiro, E. O. Envelhecimento Facial: perda de volume e reposição com ácido hialurônico. RBM. 2010.

Monteiro, E. O. Preenchimento cutâneo parte II: utilizando um conector de 3 vias para suplementar o ácido hialurônico com lidocaína 2% com epinefrina: considerações clínicas. RBM. 2011.

Monteiro, E. O. Abordagens antigas e atuais: sulco nasolabial, linhas de marionete, e rugas periorais. RBM. 2013.

Monteiro, E. O. Complicações imediatas com preenchimento cutâneo. RBM. 2014.

Monteiro, E. O. Parada, M. O. B. Preenchimentos faciais- parte um. RBM. 2010.

Frazão, Y. Manzi, S. B. Eficácia da intervenção fonoaudiológica para atenuar o envelhecimento facial. Rev. CEFAC. 2010.

Fernandes, R. L. Conceito tridimensional: nova tendência no tratamento estético facial. RBM. 2011.