

# Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Organização:  
Thiago S. Reis  
Magno Fonseca Borges

Realização



Apoio





**ACTAS COMPLETAS E RESUMOS DO 3º CICLO IBERO-  
AMERICANO DE DIÁLOGOS CONTEMPORÂNEOS:  
SAÚDE, DOENÇAS E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

# **Editora Cravo**

## **Comité Científico**

**Jorge China**  
(Wayne State University - EUA)

**Keila Grinberg**  
(Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Brasil)

**Leonardo Rosa Ramos**  
(Università Pontificia Salesiana - Itália)

**Marcia Calainho**  
(Instituto Jurídico Luso Brasileiro - Portugal)

**Márcia Maria Menendes Motta**  
(Universidade Federal Fluminense - Brasil)

**Monique Montenegro**  
(Instituto Ensinar Brasil - Brasil)

**Thiago de Souza dos Reis**  
(Universidade Estácio de Sá/Universidade Veiga de Almeida - Brasil)

**Yanina Benitez**  
(Instituto de Filosofia Ezequiel de Olaso/Centro de Investigaciones Filosoficas - Argentina)

**Thiago S. Reis  
Magno Fonseca Borges  
(Org)**

**Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-  
Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde,  
Doenças e Práticas Terapêuticas**

Copyright © 2024 **Editora Cravo**

**Título: Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas**

**Direção Editorial:** Lou Calainho

**Edição e Diagramação:** Equipa Editora Cravo

**Projeto gráfico e capa:** Cida Santos

**Grafismo:** Sofia Ferreira

**ISBN 978-989-9037-71-7**

**Conselho Editorial**

Lou Calainho

Magno F. Borges

Maria Auxiliadora B. dos Santos

**Dados para Catalogação da Obra**

Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos  
(2024 : Porto, Portugal).

Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas [recurso eletrónico] / Thiago S. Reis, Magno Fonseca Borges (org.). – Porto : Editora Cravo, 2024.

E-book (pdf): 3Mb

ISBN 978-989-9037-71-7

1. Educação - Congressos. 2. Ensino Superior. 3. Investigação Científica. 4. Encontro Científico. I. Reis, Thiago S.. II. Borges, Magno Fonseca. III. Centro Português de Apoio à Pesquisa Científica e à Cultura. IV. Título.

CDD: 370

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte desse livro pode ser utilizada ou reproduzida sob quaisquer meios existentes sem autorização por escrito dos editores e autores.



www.editoracravo.pt  
contacto@editoracravo.pt  
+351 960 221 473

# 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Realização



Apoio





## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
-------------------	----

### RESUMOS

A CLÍNICA DO HUMOR NA PSICANÁLISE Alexa Fagundes dos Santos   Carolina Baldissera Gross.....	15
---	----

A EPIDEMIA DA FEBRE AMARELA NAS FAZENDAS DE CAFÉ EM SÃO PAULO, BRASIL Arlete Assumpção Monteiro.....	16
--	----

A LUTA DO LARZAC NO CRUZAMENTO ENTRE "ECOLOGIA" E MEDICINAS "ALTERNATIVAS" Renata Palandri Sigolo.....	17
--	----

ACESSO À SAÚDE E VULNERABILIDADES DE MIGRANTES INTERNACIONAIS NO CONTEXTO DE DISSEMINAÇÃO DA COVID-19 - UM OLHAR SOBRE OS IMIGRANTES BRASILEIROS EM PORTUGAL Daniel Granada da Silva Ferreira.....	18
---	----

ANÁLISE E COMPREENSÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS Andre Sester Retorta   Larissa Franco   Luis Felipe Vieira   Mariana Buratti Przendziuk...	19
---	----

AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA FACE À HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA Ângela Marina da Costa Gomes   Graça Moraes Rocha.....	20
--	----

CLEMENTE FERREIRA E A LIGA PAULISTA CONTRA A "PESTE BRANCA" OU "TUBERCULOSE" (BRASIL) Yvone Dias Avelino.....	21
---	----

DAR VOZ ÀS MULHERES: INTERVENÇÕES DO EESMO NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DAS MULHERES AO LONGO DO CICLO REPRODUTIVO Cristiana Amaral Amorim   Isabel Santos Silva.....	22
--	----

EUGENIA, RACISMO, SAÚDE, DESENVOLVIMENTO, BIOLOGIA SOCIAL E GUERRA FRIA: A CIÊNCIA EM DEBATE Paulo Cesar de Almeida Barros Lopes   Maria Helena de Oliveira Pereira de Carvalho.....	23
--	----

INFORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS: A PRODUÇÃO DA  
DESIGUALDADE DE ACESSO AOS BENEFÍCIOS SOCIAIS EM TEMPOS DE  
PANDEMIA NO BRASIL

Márcia Sgarbieiro | Daniel Granada.....24

MOBILIDADE E EQUILÍBRIO FUNCIONAL EM PACIENTES RECUPERADOS  
DA COVID 19 PÓS ALTA HOSPITALAR

Cleide Dejaira Martins Vieira | Eliane Roseli Winkelmann.....25

O CONCEITO DE RESILIÊNCIA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE E SUAS  
CONTINGÊNCIAS

Luis David Castiel.....26

O IMPACTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E DO ISOLAMENTO  
SOCIAL IMPOSTO PELA PANDEMIA, NA MEMÓRIA E NO BEM-ESTAR DE  
IDOSOS

Viviane dos Santos Marques.....27

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE  
INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PROMOÇÃO DE PADRÕES DE SONO  
SAUDÁVEIS

Mónica Vicente Patrício | Graça Moraes Rocha.....28

O PODER DOS “ZEITGEBERS” NA PROMOÇÃO DO SONO DO RECÉM-NASCIDO

Ana Rute Martins | Graça Moraes Rocha.....29

O SONO E A PARENTALIDADE POSITIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CRIANÇA DOS 0-5 ANOS

Joana De Turck Nunes | Graça Moraes Rocha.....30

PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA E A  
MORTE NO COTIDIANO POPULAR BRASILEIRO

Alzira Lobo de Arruda Campos | Marília Gomes Ghizzi Godoy | Patrícia Margarida Farias  
Coelho.....31

## TEXTOS COMPLETOS

A CLÍNICA DO HUMOR NA PSICANÁLISE

Alexa Fagundes dos Santos | Carolina Baldissera Gross.....35

PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA E A  
MORTE NO COTIDIANO POPULAR BRASILEIRO

Alzira Lobo de Arruda Campos | Marília Gomes Ghizzi Godoy | Patrícia Margarida Farias  
Coelho.....45

O PODER DOS “ZEITGEBERS” NA PROMOÇÃO DO SONO DO RECÉM-NASCIDO

Ana Rute Martins | Graça Moraes Rocha.....61

AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA FACE À HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Ângela Gomes | Graça Moraes Rocha.....75

DAR VOZ ÀS MULHERES: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DAS MULHERES AO LONGO DO CICLO REPRODUTIVO

Cristiana Amorim | Isabel Santos Silva.....87

O SONO E A PARENTALIDADE POSITIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CRIANÇA DOS 0-5 ANOS

Joana De Turck Nunes | Graça Moraes Rocha.....99

EUGENIA, RACISMO, SAÚDE, DESENVOLVIMENTO, BIOLOGIA SOCIAL E GUERRA FRIA: A CIÊNCIA EM DEBATE. A IMPORTÂNCIA DO DEBATE EUGÊNICO ALÉM DA VISÃO NAZIFASCISTA DO PÓS SEGUNDA GUERRA: OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Paulo Cesar de Almeida Barros Lopes | Maria Helena de Oliveira Pereira de Carvalho...108

UMA VIDA DEDICADA À MEDICINA: CLEMENTE FERREIRA E A LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE

Yvone Dias Avelino.....124



## APRESENTAÇÃO

Promovido pelo CONJUGARE (Centro Português de Apoio à Pesquisa Científica e à Cultura), o **3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas**, foi realizado entre os dias 26 a 28 de Setembro de 2023, a partir do Porto, Portugal.

Debruçados sob a temática geral da edição, Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas, o evento contou com a intensa participação de diversos investigadores portugueses e do estrangeiro que comunicaram os resultados de suas respetivas investigações, apoiados por organismos de fomento diversos.

As *actas* e *resumos* que ora apresentamos são parte significativa dos esforços empreendidos durante o **3º CIDC** e nós, organizadores, esperamos que façam ressoar as propostas dos participantes e comunicadores em searas mais distantes e por mais alongado tempo.

*Os organizadores*



# ***RESUMOS***





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## A CLÍNICA DO HUMOR NA PSICANÁLISE

Alexa Fagundes dos Santos

Carolina Baldissera Gross

Resumo:

O estudo analisa a relação entre chiste, humor e psicanálise. Essas formas de comicidade envolvem diferentes aspectos psíquicos: o chiste atua no simbólico, o cômico no imaginário e o humor no real. Eles emergem do inconsciente, sendo o chiste uma passagem do recalcado para a consciência, e o humor uma criação simbólica relacionada à linguagem. O humor permite prazer, liberação de afetos e enfrentamento do sofrimento, revelando a imperfeição humana e permitindo a elaboração das “dores do existir”. Na psicanálise, o humor é considerado uma ferramenta válida para sair de uma posição repetitiva e alcançar um espaço criativo e sublimatório. No entanto, há críticas quanto ao seu uso, argumentando que compromete a neutralidade e a abstinência do analista, podendo ter efeitos traumáticos. Defensores afirmam que, quando usado adequadamente, estabelece confiança, supera resistências e enriquece o processo analítico. O estudo investiga o papel do humor na clínica psicanalítica, buscando entender sua relação e refletir sobre suas possibilidades e limitações. A metodologia utilizada é a revisão narrativa da literatura acadêmico-científica. Conclui-se que o humor é importante na psicanálise, mas requer cautela e sensibilidade dos analistas. Cada caso exige análise cuidadosa, respeitando os limites e necessidades do paciente. O humor pode trazer alívio, transformação e ampliação simbólica, desde que considerados aspectos éticos e o contexto terapêutico.

15





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **A EPIDEMIA DA FEBRE AMARELA NAS FAZENDAS DE CAFÉ EM SÃO PAULO, BRASIL**

Arlete Assumpção Monteiro

### Resumo:

A epidemia da Febre Amarela, que assolou as populações do interior do Estado de São Paulo no final do século XIX, tem relações com o processo da imigração europeia para o Estado de São Paulo. Com a abolição da escravidão em 1889 (Áurea Áurea), a economia cafeeira que se desenvolvia intensamente nas terras do interior do Estado de São Paulo, necessitava de mão de obra e recorreu para mão de obra disponível na Europa, principalmente de italianos, espanhóis e portugueses. Os imigrantes desembarcavam no porto de Santos, no litoral paulista, que na época se caracterizava como grande foco dos mosquitos que transmitiam a doença. Os imigrantes eram picados pelos mosquitos e, ao chegarem no local de trabalho, tornaram-se transmissores da febre. A cidade de Campinas, no interior do Estado, sofreu muito com tal epidemia. O povo, assustado buscaram as igrejas ou deixaram a cidade. O número de mortos foi assustador. A economia cafeeira sofreu muito com a Febre Amarela, pois a epidemia se expandiu para outras cidades. Pesquisa desenvolvida através do estudo da bibliografia disponível e visitas às fazendas históricas de São Paulo, principalmente na região de Limeira, Cordeirópolis e Mococa que possibilitou a obtenção de relatos orais que serviram para aprofundar a pesquisa.

16





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **A LUTA DO LARZAC NO CRUZAMENTO ENTRE "ECOLOGIA" E MEDICINAS "ALTERNATIVAS"**

Renata Palandri Sigolo

Resumo:

As diferentes práticas e linhas médicas que podem se adequar ao conceito de medicinas heterodoxas ou alternativas partilham um mesmo universo que é mais ideológico do que cultural e que reúne adeptos com identidades sociais, políticas e ideológicas em comum (FAURE, GUILLEMAIN, 2018). Levando esta problemática em consideração, a presente comunicação, resultado de pesquisa em pós-doutorado junto à Université de Montpellier, pretende analisar a presença do interesse pelas medicinas alternativas na Luta do Larzac e suas conexões com os debates sobre meio ambiente durante seu desenrolar. Este movimento, ocorrido no sul da França entre 1971 e 1981, teve como objetivo impedir a desapropriação das terras dos camponeses da região do Larzac pelo exército francês que queria ampliar o campo militar existente no local desde o início do século XX (TERRAL, 2016). A mobilização em torno desta luta atraiu militantes vindos de várias partes da França e do exterior que partilhavam outros interesses em comum e que participaram dos diferentes grupos criados como estratégia de permanência no território. Dentre estes coletivos se destaca Larzac-Université (ROBINET, 2010) que, em 1976, promoveu o curso “ Os produtos químicos, os medicamentos, a energia: uma ameaça na vida cotidiana?”, elemento central para a análise do interesse pelas medicinas alternativas neste movimento de contestação francês.

17





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

## **ACESSO À SAÚDE E VULNERABILIDADES DE MIGRANTES INTERNACIONAIS NO CONTEXTO DE DISSEMINAÇÃO DA COVID-19 - UM OLHAR SOBRE OS IMIGRANTES BRASILEIROS EM PORTUGAL**

Daniel Granada da Silva Ferreira

Resumo:

O avanço da pandemia de COVID-19 levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decretar emergência internacional em janeiro de 2020. Em Portugal os primeiros casos confirmados datam de 02 de março de 2020. Seguiu-se então, um amplo conjunto de medidas sanitárias que passaram a ser aplicadas. A Direção Geral de Saúde (DGS) e a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P (INFARMED) passaram a publicar normas e orientações (FERREIRA et al. 2022). A pesquisa em andamento tem por objetivo compreender como foi a experiência da pandemia de Covid 19 percebida pelo relato de imigrantes brasileiros que se encontravam em Portugal durante esse período. A pesquisa está sendo realizada através de entrevistas formais com a aplicação de um questionário semi-estruturado, conversas informais com imigrantes brasileiros, bem como a utilização do método etnográfico, a etnografia virtual em grupos de brasileiros no Facebook e Whatsapp, o estudo de narrativas. Os resultados preliminares apontam para a confirmação do que já tem sido amplamente discutido na literatura sobre saúde e proteção social dos imigrantes (GRANADA et al. 2017; GRANADA et al. 2021; RAMOS, M. 2021; RAMOS, N. 2021), para uma maior vulnerabilidade desta população relativamente aos habitantes locais. Esta situação de vulnerabilidade tende a se agravar face a situações de falta ou dificuldade em obter documentos fundamentais de integração social, como o Número de Identificação da Segurança Social (NISS) e o Número de Identificação Fiscal, indispensáveis para o acesso à cidadania e ao emprego formal.

18





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **ANÁLISE E COMPREENSÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA NO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Andre Sester Retorta

Larissa Franco

Luis Felipe Vieira

Mariana Buratti Przendziuk

### Resumo:

O consumo de substâncias químicas se mostra presente em toda a trajetória da humanidade. Momentos de crise são muitas vezes vistos pelo senso comum como propulsores do consumo de substâncias, como por exemplo a pandemia do Covid-19 que surgiu como um fator inesperado implicando em diversas mudanças sociais, sanitárias e subjetivas. O objetivo deste trabalho é compreender as possíveis alterações no uso de substâncias químicas na pandemia do Covid-19 através de uma pesquisa conclusiva descritiva. Os resultados principais demonstraram uma divergência entre a forma como o sujeito vê a si mesmo e como vê o impacto do uso de substâncias em outros usuários. Ao contrário da hipótese inicial, o uso de substâncias psicoativas durante a pandemia mostrou-se reduzido no grupo participantes, levantando novas hipóteses que podem ser exploradas em futuras pesquisas.

19





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA FACE À HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Ângela Marina da Costa Gomes  
Graça Moraes Rocha

Resumo:

A hospitalização tem consequências para a criança e afeta a dinâmica familiar. Cada família tem o seu potencial de fornecer um ambiente protetor e de suporte à criança para esta poder crescer e maximizar o seu potencial humano. Desta forma, os enfermeiros devem incluir a família no plano de cuidados, avaliando as suas necessidades. Para avaliar as necessidades parentais foi realizado um estudo do tipo descritivo exploratório, de abordagem quantitativa, com a aplicação do “Needs of Parents Questionnaire”, desenvolvido por Gudrún Kristjansdóttir, aos pais da criança internada, a acompanhar num período igual ou superior a 48 horas, em dois contextos hospitalares, durante o período de 19 de maio de 2023 a 11 de junho de 2023. Após a análise dos resultados evidenciou-se a importância que os pais atribuem à confiança durante a participação dos cuidados ao seu filho e à necessidade de informação. Estes também consideram que o hospital deveria ajudar na necessidade de recursos físicos e humanos. Deste modo é necessário disponibilizar informações, suporte e orientação, bem como, ter recursos físicos e humanos disponíveis. Concluímos, que o enfermeiro especialista tem um papel fulcral para estabelecer uma relação terapêutica com a criança e a sua família, mobilizando recursos necessários durante a hospitalização, e posteriormente, para a preparação da alta.

20





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **CLEMENTE FERREIRA E A LIGA PAULISTA CONTRA A “PESTE BRANCA” OU “TUBERCULOSE” (BRASIL)**

Yvone Dias Avelino

Resumo:

Clemente Ferreira e seu empenho na formação da Liga Paulista contra a Tuberculose, doença que se propagou na cidade de São Paulo nos finais do século XIX e no decurso do XX. Médico conceituado, Clemente Ferreira esforçou-se para conscientizar a população dos malefícios da “Peste Branca”. O médico francês Jean-Antoine Villemin (1827-1892) em 1867, comunicou à Academia Francesa de Medicina de Paris, com base em experimentos realizados em coelhos, porquinhos-da-índia, cães e gatos, que a tuberculose era uma doença infecciosa. Constatou que a doença era presente em cidades densamente povoadas e o contágio poderia se dar no ambiente familiar. A sociedade brasileira pressionava o governo para a construção de sanatórios para isolar os doentes do ambiente familiar. A Liga Brasileira contra a Tuberculose surgiu com o intuito de desenvolver assistência aos atingidos pelo mal. Em 1913, foi inaugurado o Dispensário Urbano da Consolação, na cidade de São Paulo, posteriormente denominado Dispensário Clemente Ferreira em homenagem ao presidente da Liga Paulista de Combate à Tuberculose, Dr. Clemente da Cunha Ferreira. Em 1920, teve origem o Departamento Nacional de Saúde Pública para dissipar a tuberculose, que procurava o doente e alertava a família, através de notificações, para isolamento do doente. O Dr. Clemente Ferreira foi um exemplo de vida, de sofrimento e de luta contra a tuberculosa.

21





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **DAR VOZ ÀS MULHERES: INTERVENÇÕES DO EESMO NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DAS MULHERES AO LONGO DO CICLO REPRODUTIVO**

Cristiana Amaral Amorim  
Isabel Santos Silva

Resumo:

O trabalho "Dar Voz às Mulheres: Intervenções do EESMO na Promoção dos Direitos e Deveres das Mulheres ao Longo do Ciclo Reprodutivo" destaca o papel do EESMO no empoderamento feminino nas diversas fases do ciclo reprodutivo. Este trabalho tem como objetivo aumentar a consciência acerca dos direitos e responsabilidades das mulheres. Através de cursos, programas educacionais e campanhas de sensibilização, o EESMO dedica-se a informar as mulheres sobre temas ligados à saúde reprodutiva, planeamento familiar e cuidados no pós-parto. As diferentes intervenções do EESMO culminam num aumento substancial da consciência entre as mulheres, facultando-lhes a tomada de decisões fundamentadas e autónomas em relação às suas escolhas reprodutivas. Mediante o acesso à informação e apoio, as mulheres encontram-se mais bem preparadas para exercer os seus direitos, ao mesmo tempo que compreendem as obrigações associadas ao ciclo reprodutivo. Por conseguinte, o impacto positivo do EESMO reflete-se na consolidação da posição das mulheres na sociedade, contribuindo para uma comunidade mais justa e igualitária. Em síntese, o trabalho do EESMO ilustra a importância crucial de dotar as mulheres das ferramentas necessárias para se tornarem agentes de mudança bem informadas e empoderadas ao longo das suas trajetórias reprodutivas. Este trabalho sublinha assim o compromisso do EESMO na promoção da igualdade de género e na melhoria do bem-estar da mulher ao longo de todas as fases do ciclo reprodutivo.

22



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **EUGENIA, RACISMO, SAÚDE, DESENVOLVIMENTO, BIOLOGIA SOCIAL E GUERRA FRIA: A CIÊNCIA EM DEBATE**

Paulo Cesar de Almeida Barros Lopes  
Maria Helena de Oliveira Pereira de Carvalho

### Resumo:

Este artigo tem o objetivo de propor um debate aprofundado sobre a eugenia analisando e discutindo seus conceitos no contexto científico brasileiro e suas conexões internacionais. Entender como se consolidou o processo de discussão eugênica na América Latina demonstrando porque este processo foi caracterizado como ímpar por alguns escritores, e se relaciona com outras questões que não possuem pressupostos eugênicos explicitados, mas que fazem parte deste debate, como o racismo, o genocídio e epistemicídio baseados na superioridade étnica e cognitiva da colonialidade incorporada e rerepresentada de formas distintas cotidianamente pelas instituições sobre as trajetórias dos povos do sul global, considerando o contexto político, social e econômico, a história da saúde e as políticas públicas nacionais e internacionais voltadas para a saúde, visando o desenvolvimento e o bem-estar da população em geral. Mostrar também como a pandemia da COVID 19 pode ser pesquisada no contexto eugênico por conta das mortes causadas por ela, bem como seu impacto desigual no que diz respeito às variadas parcelas da sociedade, trazendo luz e discutindo sobre o racismo estrutural no contexto eugênico.

23





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **INFORMATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIAIS: A PRODUÇÃO DA DESIGUALDADE DE ACESSO AOS BENEFÍCIOS SOCIAIS EM TEMPOS DE PANDEMIA NO BRASIL**

Márcia Sgarbieiro  
Daniel Granada

Resumo:

A pandemia de Covid 19 trouxe uma série de desafios para o mundo e grandes dificuldades aos países do sul global. Sabemos que apesar de se tratar de um fenômeno global, os efeitos locais da pandemia ocorreram em contextos sociais diversos em que o impacto das desigualdades sociais, bem como as políticas de Estado, atuaram de forma determinante na maneira como as populações sentiram e ainda sentem os impactos da Covid 19. Este trabalho aborda os desafios postos pelo uso das tecnologias da informação por órgãos governamentais na concessão de benefícios sociais como o auxílio emergencial durante o período da pandemia de Covid no Brasil. Se por um lado a digitalização dos pedidos de auxílio facilitou a concessão dos benefícios para algumas pessoas, por outro, muitos daqueles que não possuíam acesso a smartphones se viram ainda mais marginalizados, em um contexto de restrição de atendimentos presenciais. Esta população viu sua condição de precariedade se agravar de modo notável. A pesquisa que gerou a reflexão presente neste poster ainda está em andamento. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e de observação participante. As conclusões apontam para que em momentos de crise sejam colocadas em prática estratégias de atendimento convencionais (atendimento presencial) aos mais necessitados e que também sejam disponibilizados dispositivos tecnológicos, incluindo acesso à rede wi-fi de qualidade para que possam ter acesso aos benefícios sociais.

24





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **MOBILIDADE E EQUILÍBRIO FUNCIONAL EM PACIENTES RECUPERADOS DA COVID 19 PÓS ALTA HOSPITALAR**

Cleide Dejaira Martins Vieira

Eliane Roseli Winkelmann

### Resumo:

**Introdução:** A COVID-19 é uma doença multissistêmica podendo apresentar sequelas a médio e longo prazo. A reabilitação físico funcional atua nas necessidades individuais do paciente a fim de melhorar a sintomatologia persistente da COVID longa. **Objetivo:** Verificar a melhora da mobilidade e o equilíbrio após um protocolo de reabilitação físico funcional em pacientes recuperados da COVID-19 após alta hospitalar. **Métodos:** Trata-se de um estudo clínico (CAAE:38960620.3.0000.5350). Foram incluídos 12 pacientes, com idade média de 47,78 e excluídos os que não quiseram participar da pesquisa ou incapazes de entender os protocolos. A mobilidade e o equilíbrio funcional foram avaliados através do Time up and go test (TUG). O protocolo de reabilitação foi realizado 2 vezes por semana durante 8 a 12 semanas e constava de exercícios respiratórios e de força muscular periférica. Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico SPSS. **Resultados:** Na avaliação pré reabilitação os resultados do TUG foram de  $12,91 \pm 15,67$  segundos e nos pós reabilitação  $6,64 \pm 1,62$  segundos, mostrando uma melhora estatisticamente significativa ( $p=0,016$ ) na mobilidade e equilíbrio funcional após o protocolo de reabilitação. **Conclusão:** Concluimos que a reabilitação físico funcional melhora a mobilidade e equilíbrio funcional beneficiando aos pacientes pós-COVID-19, atuando na prevenção e na diminuição das sequelas da doença.

25





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## O CONCEITO DE RESILIÊNCIA NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE E SUAS CONTINGÊNCIAS

Luis David Castiel

Resumo:

Atualmente o emprego da categoria "resiliência" como conceito no âmbito das Ciências da Saúde costuma se referir à capacidade das pessoas resistirem a adversidades de modo a não desenvolverem déficits fisiológicos, psicológicos ou sociais. Desta forma, ocorre a produção de uma perspectiva da ideia da humanidade ajustada ao atual espírito econômico desta época. Ou seja, é importante perceber um enfoque teórico vinculado a ideias matrizes de desempenho e superação de dificuldades afeitas ao contexto da prevalente gestão da produtividade no trabalho. Este seria o molde para a forma de se viver com os valores do contexto realidade capitalista neoliberal destes tempos. Neste sentido, é importante deslindar o uso deste enfoque em suas contingências ambíguas.

26





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **O IMPACTO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E DO ISOLAMENTO SOCIAL IMPOSTO PELA PANDEMIA, NA MEMÓRIA E NO BEM-ESTAR DE IDOSOS**

Viviane dos Santos Marques

Resumo:

A memória é o principal patrimônio dos seres humanos, as falhas na memória constituem uma das principais queixas dos idosos. Pesquisar os fatores que influenciam nessas dificuldades e a relevância dos laços sociais na vida das pessoas que estão em processo de envelhecimento, pode fornecer subsídios para o entendimento das dificuldades enfrentadas pela terceira idade, além de possibilitar gerar estratégias que auxiliem os idosos a terem um envelhecimento mais saudável. Este estudo tem como objetivo pesquisar o quanto o envelhecimento e os laços sociais impactam no bem-estar e na memória das pessoas. Trata-se de um estudo prospectivo e descritivo, transversal qualitativo, o foco dessa pesquisa foram mulheres idosas do Projeto Terceira Idade Saudável. Os critérios de inclusão estabelecidos para a análise foram: idosos, faixa etária de 60 anos ou mais; de ambos os sexos; saudáveis, alfabetizados, que conseguissem ler, entender e concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram realizadas a aplicação do miniexame do estado mental, aplicação do Protocolo do software de Avaliação de Memória de Trabalho, aplicação de um roteiro semiestruturado que inferiu o impacto do envelhecimento e do isolamento social imposto pela pandemia na vida dos participantes. A amostra contou com 20 participantes, as entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. Foi possível identificar que as falhas de memória é uma das queixas principais da população pesquisada, que as atividades de convivência e a ausência dos laços sociais estabelecidos, com a imposição do isolamento social pela pandemia do Coronavírus, influenciaram na memória, em especial, na auditiva, e de forma mais significativa no bem-estar dos idosos.

27





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PROMOÇÃO DE PADRÕES DE SONO SAUDÁVEIS**

Mónica Vicente Patrício  
Graça Moraes Rocha

Resumo:

**INTRODUÇÃO:** O sono é fundamental para o crescimento, desenvolvimento e recuperação da criança desde o seu nascimento e ao longo do ciclo vital. Um sono inadequado, isto é, a provação do sono, acarreta consequências a curto e a longo prazo para a saúde da criança, bem como dos seus pais e para a dinâmica familiar. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na sua prática de cuidados, assume um papel crucial na promoção e proteção do sono da criança nos seus diversos contextos. **OBJETIVOS:** Analisar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção de padrões de sono saudáveis. **METODOLOGIA:** Revisão de literatura, tendo por base artigos científicos disponíveis nas bases de dados CINHAI e MEDLINE, no período de 2017 a 2023. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Enfermeiro Especialista deve implementar intervenções que capacitem a criança/adolescente e os seus pais a adotar padrões de sono saudáveis, nomeadamente através da educação para a saúde que promovam um sono adequado a cada estadio de desenvolvimento, fornecendo estratégias de primeira linha promotoras de um sono saudável. **CONCLUSÃO:** A inclusão de intervenções de enfermagem promotoras e protetoras do sono da criança nos seus diferentes contextos de vida favorece um crescimento e desenvolvimento saudáveis, assim como o bem-estar familiar e a saúde mental dos seus pais.

28





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## O PODER DOS “ZEITGEBERS” NA PROMOÇÃO DO SONO DO RECÉM-NASCIDO

Ana Rute Martins  
Graça Moraes Rocha

### Resumo:

O sono saudável é determinante para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança. A existência do ritmo circadiano é fundamental, o qual é influenciado pela luz, alimentação, ruído, atividade física ou as interações sociais, capazes de regular o ciclo de relógio biológico - os “zeitgebers”. Adquirir um padrão adequado de rotinas do sono na infância representa um alicerce para a sua perpetuação ao longo da vida. O sono assume extrema importância para o desenvolvimento do recém-nascido, sendo o foco do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica as necessidades individuais da criança, adaptando os cuidados e o ambiente, intervindo com Cuidados Neuroprotetores. A pesquisa tem por base uma revisão de literatura, com a seguinte questão: Como podem os “zeitgebers” contribuir para a promoção do sono do recém-nascido, recorrendo às Bases de Dados MEDLINE e CINAHL, com data de publicação dos últimos 5 anos. As intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica visam a proteção e promoção do sono do recém-nascido, respeitando o ciclo de sono-vigília, e desta forma, potenciam o seu desenvolvimento e crescimento saudável, através da prestação de cuidados de nível avançado, considerando a segurança, competência e satisfação da criança e das famílias.

29





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **O SONO E A PARENTALIDADE POSITIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CRIANÇA DOS 0-5 ANOS**

Joana De Turck Nunes  
Graça Moraes Rocha

Resumo:

É apoiando a família nos momentos de mudança e indo ao encontro das suas reais necessidades que o enfermeiro intervém para a aquisição e desenvolvimento de competências parentais nomeadamente para a promoção do sono saudável da criança e com vista a uma parentalidade positiva. Utilizou-se uma metodologia de investigação-ação em que os conhecimentos teóricos obtidos por meio de uma revisão atual e científica da literatura sobre o sono infantil possibilitaram a implementação de intervenções/estratégias nos cuidados de enfermagem, tendo como finalidade potenciar o desenvolvimento de um padrão de sono saudável, implementação de medidas de higiene do sono e de estratégias recomendadas para o estabelecimento da autorregulação na criança dos 0-5 anos. A aquisição e consolidação de conhecimentos na área do sono infantil permitirá aos enfermeiros, no âmbito da prática clínica, implementar estratégias que favorecerão uma intervenção individualizada no que concerne ao sono da criança e sua autorregulação. Isso contribuirá para maximizar a saúde da criança e o desenvolvimento saudável, além de potenciar o bem-estar da criança/família durante a hospitalização e dotar os pais de competências e habilidades que se traduzirão na adoção de comportamentos promotores da saúde para toda a família.

30





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA E A MORTE NO COTIDIANO POPULAR BRASILEIRO**

Alzira Lobo de Arruda Campos

Marília Gomes Ghizzi Godoy

Patrícia Margarida Farias Coelho

Resumo:

Diversidade cultural na sociedade pluriétnica do Brasil, no cenário de desigualdades extremas que demarcam as classes do poder e as do trabalho, opondo dialeticamente interesses do capital às necessidades de sobrevivência humana, compõem a base para se inquirir a respeito da permanência de práticas terapêuticas no tratamento de doenças físicas e mentais, provindas do passado mais remoto. A partir desse arcabouço teórico preliminar, examinam-se os papéis de “feiticeiros”, curandeiros e xamãs, tomados como vieses para se entender a identidade brasileira, construindo-se uma estrutura que integra indivíduos e grupos sociais alternativos à definição de “povo”. Concepções de tempo e representações sobre a doença e a morte compõem os pilares para o entendimento de práticas terapêuticas de longa duração, particularmente operantes no cotidiano popular. A metodologia adotada é a interdisciplinar, que coloca em rede historiadores e antropólogos que se dedicaram ao assunto. Com a utilização do método dedutivo, analisam-se as conexões entre documentos e conceitos pertinentes à compreensão do tema aqui abordado.

31





***TEXTOS  
COMPLETOS***





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

## A CLÍNICA DO HUMOR NA PSICANÁLISE

Alexa Fagundes dos Santos<sup>1</sup>  
Carolina Baldissera Gross<sup>2</sup>

### *Introdução*

O presente estudo aborda a relação entre o chiste, o humor e a psicanálise. Segundo Ribeiro (2008), existem três modalidades de comicidade: chiste, cômico e humor, cada uma envolvendo diferentes registros psíquicos. O chiste está ligado ao simbólico, o cômico ao imaginário e o humor ao real. Morais (2008) destaca que o chiste e o humor são mecanismos utilizados para a emergência do inconsciente, sendo o chiste uma formação do inconsciente que atua como uma passagem do recalcado para a consciência. O humor, por sua vez, surge como uma criação simbólica ligada à linguagem e ao deslizamento de sentido da palavra.

O humor possibilita ao sujeito desfrutar do prazer e liberar afetos, sendo capaz de promover o riso de si mesmo e mostrar a incompletude e imperfeição do ser humano. O humor é uma forma de lidar com a finitude e o sofrimento psíquico, permitindo a elaboração e a sublimação das “dores do existir” (MORAIS, 2008). No entanto, Morais (2008) ressalta que o humor difere do chiste, pois busca evitar conteúdos que causem sofrimento, enquanto o chiste pode atuar tanto na produção de prazer quanto na agressividade.

A relação entre o drama e humor, a vida e morte também é explorada no referencial teórico. Morais (2008) destaca que o humor negro<sup>3</sup> está intrinsecamente ligado à morte e pode ser uma forma de reconhecer e driblar sua inevitabilidade. O humor na clínica psicanalítica é visto como uma ferramenta viável na intervenção clínica, possibilitando a saída do sujeito de uma posição repetitiva para um lugar criativo e sublimatório (KUPERMANN, 2003, apud MORAIS, 2008).

<sup>1</sup> Bacharelada em Psicologia/ UNIJUÍ (2017-2023) / alexa.santos@sou.unijui.edu.br

<sup>2</sup> Mestre em Atenção Integral à Saúde/ UNIJUÍ (2014-2016). Especialização em Clínica Psicanalítica/ ULBRA (2011-2013). Especialização em Artes/ UFPEL (2020-2022). Graduação em Psicologia/ UNIJUÍ/UNICRUZ (2003-2009) / carolina.gross@unijui.edu.br

<sup>3</sup> Deve-se considerar que o estudo de Morais (2008), por uma via ou outra, carrega um aporte sócio-cultural da sua época. O termo “humor negro” ficou conhecido como o humor que utiliza temáticas mórbidas ou tabus sociais para produzir o humor. Atualmente, o termo possui conotação racial negativa, por isso, substitui-se pelo termo “humor ácido”.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

No entanto, existem críticas à clínica do humor na psicanálise. Alguns psicanalistas argumentam que o uso do humor compromete a neutralidade e a abstinência do analista, enquanto outros apontam para os possíveis efeitos traumáticos ou a desqualificação dos problemas a serem enfrentados (KUPERMANN, 2003; ZUSMAN, 2006, apud MAZZILLI, 2012). Por outro lado, defensores da clínica com bom humor argumentam que o uso adequado do humor pode estabelecer um vínculo de confiança entre analista e analisando, ultrapassar resistências e enriquecer o processo analítico (BIRMAN, 2005, apud MAZZILLI, 2012).

Diante dessas perspectivas teóricas, este estudo tem como objetivo investigar o papel do humor na clínica psicanalítica e seus efeitos no processo terapêutico. Ao explorar a literatura existente, espera-se contribuir para a compreensão da relação entre o humor e a psicanálise, bem como para a reflexão sobre as possibilidades e limitações do uso do humor na prática clínica psicanalítica.

### ***Metodologia***

O presente estudo se caracteriza sob uma abordagem qualitativa através da revisão narrativa de produção acadêmico-científica. A revisão narrativa permite a flexibilidade para os critérios na busca de dados, da mesma forma que a interpretação do material coletado estará sujeita a subjetividade dos pesquisadores.

Nesse sentido, os pesquisadores escolheram um banco de dados para sua pesquisa bibliográfica, o Google Acadêmico. Essa escolha se justifica pelo grande aporte de produções científicas de diversos periódicos reunidos na plataforma, a maioria de livre acesso.

Para restringir a busca no banco de dados, utilizou-se conjuntos de palavras-chave, tais como: “Humor psicanálise”, “Bom humor psicanálise”. Aqui considera-se o termo estrangeiro conectivo *AND* entre as palavras, como forma de restringir a busca. Após gerar diversos resultados na plataforma houve a seleção, através de uma leitura superficial do resumo, de cada produção científica que pudesse estar alinhada com a temática central do estudo.

### ***Referencial Teórico***

#### **Chistes, Humor e Psicanálise**

Ribeiro (2008) aponta que há três vias da comicidade: chiste, cômico e humor. Nestas três modalidades há o entrelaçamento de três registros psíquicos: simbólico, real e

36





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

imaginário. “O chiste privilegia o simbólico, o cômico é atravessado pelo imaginário, ficando o humor no enfrentamento com o real” (RIBEIRO, 2008 p. 106).

Para Morais (2008), ao considerar que chiste e humor são mecanismos usados para que o inconsciente emerja, o chiste surge como uma formação do inconsciente, atuando como passagem do recalcado para a consciência, sem causar angústias ou sintomatização no neurótico. Nesse caso, o humor age como “álibi” de algum conteúdo que o sujeito não conseguiu dizer até o momento. “Por meio da brincadeira se falam verdades” é um recurso usado para a verdade anunciar-se através do faz-de-conta.

Esta verdade se diz através de um sentido insólito brotado do non-sense, do paradoxo, do absurdo, ao qual se segue uma revelação de sentido, que é sempre surpreendente e fugaz, seguido da descarga do riso. Qualquer tentativa de explicar ou aprisionar esta verdade num discurso formal levaria à perda do seu sentido humorístico, fazendo dela um saber triste ou sério (MORAIS, 2008 p. 115).

Lacan (1953, apud MORAIS, 2008) afirma que os chistes, por meio da linguagem, desafiam o real, justamente por partirem do *non-sense* (não-sentido). O humor, como uma criação simbólica que surge através da surpresa, é inerentemente ligado à linguagem e ao deslizamento de sentido da palavra.

Assim, “O humor torna o sujeito capaz de rir de si mesmo e mostra que toda verdade é incompleta, que o ser humano é insuficiente, e quando a vida mostra a sua imperfeição e falha, ainda assim vale a pena uma boa risada” (MORAIS, 2008 p. 118). Por essas vias, o humor possibilita que o sujeito usufrua do prazer, um meio de liberar afetos. E quando esse humor é compartilhado, o prazer sentido também é percebido pela outra pessoa.

Freud, pela perspectiva de Morais (2008, p. 118), discrimina a diferenciação dos prazeres nos chistes, no cômico e no humor: no primeiro, o prazer vem da “[...] economia na despesa psíquica com a inibição [...]”; no segundo, o prazer “[...] provém de uma economia na despesa com a representação [...]”; e no terceiro, o prazer no humor, é resultado “[...] de uma economia na despesa com o sentimento (os afetos)”.

O humor, diferente do chiste, busca desviar de conteúdos que causem sofrimento. O chiste, entretanto, atua para a produção de prazer ou pela agressividade. “Apesar de o humor não propiciar um prazer de intensidade semelhante ao chiste, este prazer tem um valor maior, pois ele é liberador e até mesmo enobrecedor” (MORAIS, 2008 p. 119).

37





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

### *Drama e Humor, Vida e Morte: Tragicômico*

Morais (2008) aponta, através da perspectiva de Birman, que os psicanalistas pós-freudianos têm desinteresse pelos temas do humor e do riso, “[...] diz que foi perdida a sintonia da psicanálise com o registro do trágico e este fixou-se no registro do drama [...]”. O conteúdo humorístico e risível da formação do inconsciente foi recalcado e substituído pelo dramático.

Nesse movimento ambíguo entre humor e drama, Moraes (2008) descreve que isso se relaciona na vida e na morte, “[...] revela a ambivalência e o paradoxo próprios do registro do tragicômico e do humor negro, nesta estranha proximidade da angústia e do riso. Ou de como o humor pode ser um último véu a cobrir e descobrir o horror” (p. 116-117).

O humor negro, lúcido e trágico, em associação intrínseca com a morte, é tragicômico. O humor abre espaços para que o sujeito “[...] afirme seu desejo contra a pulsão de morte que o habita” (MORAIS, 2008 p. 117).

François Roustang (1984, apud RIBEIRO, 2008) diz que o humor negro é a única via disponível para o homem reconhecer respeitosamente a morte. Ao reconhecer a sua inevitabilidade, busca-se driblá-la. “[...] o humor brinca com a morte numa transgressão autorizada pelo superego, num esmaecimento do princípio de realidade a favor do princípio de prazer” (RIBEIRO, 2008 p. 110). Surgem piadas de humor negro como forma de consagrar a morte e a própria finitude diante dela, esquivando-se do sofrimento. A morte, o envelhecimento, doenças e outras ameaças à condição humana, são fontes do sofrimento psíquico. Para evitar esse constante ataque interno e externo, surgem as defesas regressivas, como Moraes (2008) aponta. “O humor, assim como a arte, é um destes caminhos onde o princípio do prazer triunfa sobre o princípio da realidade, dentro do campo da saúde psíquica [...]” (p. 120). A autora destaca que o humor surge como sublimação para as “dores do existir”.

Kupermann (2003, apud MORAIS, 2008) enfatiza que o humor é usado como uma ferramenta viável na intervenção clínica. O humor, como um movimento rebelde, surge de surpresa e acaba por movimentar a saída do sujeito desse lugar repetitivo em busca de um lugar criativo, sublimatório. “Quando o analisando ri de uma intervenção do psicanalista [...] mostra que ele é capaz de reconhecer como familiar aquilo que estava escondido nas dobras de seu psiquismo” (MORAIS, 2008, p. 121).

38





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

O ato psicanalítico promove efeitos de saber sobre o sujeito [...] a intervenção do psicanalista provoca uma surpresa e um choque no analisando, uma sensação de desamparo e estranheza, seguidos de um rápido preparo para a inibição, que não chega a se consolidar e origina uma liberação afetiva e uma elaboração psíquica (*ibid.*, p. 121).

Justamente, a autora elabora que a experiência analítica surge como uma possibilidade de esvaziamento de um gozo masoquista, um gozo que vem da relação dramática do neurótico com o seu sofrimento. Por meio da “desdramatização” na sua própria narrativa, o sujeito se depara com sua realidade psíquica de uma forma mais leve e risível. A partir desses movimentos o sujeito percebe que esses impasses, naturais da condição humana, podem ser vistos pela ordem do trágico e não do drama. No trágico sempre existirá humor como um escape, no drama é o contrário, haverá o ressentimento que pode vir a ser masoquismo e melancolia (MORAIS, 2008).

[...] o humor é ético porque é afirmação do desejo ante a pulsão de morte; é estético, pois criativo contorna os interditos e causa prazer da ordem da sublimação; e político, pois que é uma forma de desconstrução, pelas beiradas, do poder instituído, para que o sujeito reafirme o seu desejo e restaure o seu direito de existir numa comunidade social. Sem perder a graça! (MORAIS, 2018 p. 122).

39

### ***Clínica Psicanalítica do Bom Humor***

Freud, em seu livro “Os chistes e sua relação com o inconsciente”, dialoga acerca do riso e seus efeitos da intervenção clínica:

Muitos de meus pacientes neuróticos, sob tratamento psicanalítico, demonstram regularmente o hábito de confirmar algum fato pelo riso quando consigo dar-lhes um quadro fiel de seu inconsciente, ocultado à percepção consciente; riem mesmo quando o conteúdo desvelado não justifica absolutamente o riso. Tal fato sujeita-se, naturalmente, a uma aproximação do material inconsciente, íntima bastante para captá-lo, depois que o médico o detecta e o apresenta a ele (FREUD, 1980 apud MORAIS, 2008 p. 120).

O desencadeamento do riso é uma prova de que a intervenção psicanalítica trabalha na posterioridade. “[...] Pode-se rir, diz Freud, ainda que o saber produzido pela análise provoque





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

dor. O riso seria um signo de que algo fundamental produziu-se no analisando e abre para ele novos canais de acesso à experiência analítica” (MORAIS, 2008 p. 120-121).

Ribeiro (2008) destaca que a reação humorística às desgraças da vida somente mostram o quanto o sujeito homem está em constante busca pelo prazer. “Dá primazia ao princípio do prazer desprazer” (p. 107). Nesse sentido, Moraes (2008) aponta que no processo de análise, a risada (princípio do prazer) pode abrir comportas para além do princípio do prazer, atalhando para novas possibilidades de simbolização.

A psicanálise “carrega em si a dimensão do trágico” (*ibid.*, p. 122), o sujeito neurótico permeado pelo drama também tem como viabilidade conduzir esse sofrimento pela tragicômico. Construindo um caminho, com instrumentos como o humor, para lidar com a tragicidade inerente e sair desse lugar de repetição e drama. “[...] Este é um dos objetivos da análise. E nesta dimensão trágica da existência, o chiste, o humor e o riso aparecem como formas efetivas de se lidar com o mal-estar” (MORAIS, 2008 p. 122).

No processo analítico, o humor pode ser usado tanto pelo analista quanto pelo paciente. Não é no sentido de serem engraçados e divertidos nesse processo, mas de colocar o humor e o chiste como instrumentos para a interpretação. Como Ribeiro (2008) enuncia, são movimentos para transformar o drama em um simples trágico existencial.

Ribeiro (2008, p. 109) constata que “Os analisandos que, durante o percurso analítico, conseguem ter atitudes mais amenas, ternas e afetuosas consigo mesmos, que conseguem rir dos próprios tropeços, sem dúvida, caminharão no sentido de se afastarem da fatalidade na qual se encontram”. François Roustang (1984, apud RIBEIRO, 2008) destaca que estas atitudes são desejáveis aos analistas. Para o autor, os analistas rígidos são os que pior conduzem a análise, pois à “[...] incapacidade de análise – por não serem susceptíveis de estarem, também eles, em outro nível além do que se encontram” (p. 109). Aguiar (apud RIBEIRO, 2008) analisa um ensaio de Mannoni, o qual busca emergir questões que não são devidamente aprofundadas por “analistas carrancudos e suas análises melancólicas”. Aguiar aponta, pela perspectiva de Ribeiro, que durante uma sessão, o riso do paciente ou do analista por estar carregado de sentidos:

É o sinal da eliminação de um obstáculo do inconsciente. A angústia, o medo, a cólera, as lágrimas não fornecem, evidentemente, nada tão valioso, embora também possuam seu sentido. E o sério, que coloca o analista numa posição de controle, e o analisando, pode-se dizer, numa posição de expectativa ansiosa, não tem as mesmas virtudes [...] (AGUIAR, 2004 apud RIBEIRO, 2008 p. 110).





Para Birman (2005, apud RIBEIRO, 2008), o humor está entremeado na clínica, pois dilui a posição inflexível do analista sem colocá-lo em um lugar de piadista. Ribeiro (2008) menciona que um mau humor crônico contaminou as pessoas na cultura pós-moderna. Por isso se torna tão necessário o humor na clínica.

O humor na clínica traz indícios do superego do analisando, da sua capacidade de sair desse lugar masoquista de petrificação em relação ao drama existencial, usando o humor como forma de escape e transformação para o tragicômico.

### ***Críticas à Clínica do Humor***

Kupermann (2003, apud MAZZILLI, 2012) defende que psicanalistas de formação mais rígida têm cautela em trabalhar a questão do humor, principalmente pela linha tênue entre humor e neutralidade.

Segundo Kubie (apud Kupermann, 2003; Zusman, 2006; MAZZILLI, 2012), o analista usar o *Witz* (chiste) significa o abandono da neutralidade e abstinência, e conseqüentemente no comprometimento da relação transferencial com o analisando. Ainda, na contratransferência, o uso do chiste “[...] poderia estar a serviço de tendências agressivas e hostis do terapeuta” (MAZZILLI, 2012 p. 43). Esse recorte da autora corresponde com as ideias de Diatkine (2006 apud MAZZILLI, 2012), em que enuncia os perigos de *acting* sádico contratransferencial.

Calich (2006 apud MAZZILLI, 2012) defende uma psicanálise “bem temperada” mas desde que o uso de chistes e do humor seja restrito, levando em consideração a prática pessoal do analista e também sob o risco de corromper o processo analítico.

Precisa-se levar em consideração a desvantagem que o riso pode apresentar na análise, pois ele pode provocar uma excitação no analisando e desviando do trabalho. “O risco é que esse movimento de ‘excitação’ se torne um prazer em si, tanto para analista quanto para paciente, e que, em vez de desencadear um processo de significação, ele se mantenha no ambiente ‘da superfície do objeto’ (Meltzer, 1988), substituindo-o” (CALICH, 2006, apud MAZZILLI, 2012 p. 44). Nesse sentido, o riso só seria usado de forma espontânea. De acordo com Kupermann (2003, apud MAZZILLI, 2012), psicanalistas que são contrários ao humor argumentam que seu uso poderia ser traumático ao analisando. Mas o autor destaca que o próprio método psicanalítico clássico causaria traumas, por causa da centralidade em excesso à interpretação.



Já Zusman (2006, apud MAZZILLI, 2012) aponta que o problema em usar o humor é o seu mau uso na análise. Como qualquer outro instrumento na análise, precisa ser usado corretamente. Zusman destaca que “[...] o humor pode estar a serviço da dor ou a serviço do triunfo maniaco. Ademais, o riso, por parte do paciente, pode se mostrar como forma de desqualificar os problemas a serem enfrentados” (ZUSMAN, 2006 apud MAZZILLI, 2012, p. 45).

Para Zusman (2006, apud MAZZILLI, 2012), o riso pode ser usado pelo terapeuta como forma de defesa e escape em momentos que ele não sabe como agir.

A tentativa de tornar o clima ameno através de comentários engraçados pode ser uma defesa que evidencia a incapacidade do analista em viver a densidade de um drama profundo e a dor correspondente. Ou seja, o mau uso do humor serve mais para afastar do que para entender. É mais ataque do que convite (ZUSMAN, 2006 apud MAZZILLI, 2012 p. 45).

Há também psicanalistas que defendem uma clínica com “bom humor”. Kupermann (2003, apud MAZZILLI, 2012) se propõe a analisar esse segundo grupo de analistas, os quais usam o humor na clínica para estabelecer o laço transferencial de confiança, ultrapassar resistências e enriquecer o processo analítico.

Birman (2005, apud MAZZILLI, 2012) transmite a maior eficiência da análise quando há uma atmosfera de bom humor e chiste entre o analisando e o analista. O humor entra como instrumento de deslocamento das resistências no analisando, e o terapeuta estaria mais livre em sua escuta flutuante.

[...] a presença do humor no *setting* psicanalítico implicaria, antes de mais nada, um tipo de relação terapeuta-paciente baseada no acolhimento e uma maior proximidade e espontaneidade, tendo em vista a formação de um vínculo de confiança. Vínculo esse que será necessário, aliás, para o desenvolvimento do processo terapêutico, auxiliando no enfrentamento dos árduos obstáculos que poderão surgir pelo caminho (MAZZILLI, 2012 p. 46).

Roustang (apud MAZZILLI, 2012) traz como questionamento a flexibilidade do paciente em ser capaz de rir de si mesmo em análise. Para o autor, o sujeito em análise deve conseguir rir de suas próprias falhas.

Pereda (2005, apud MAZZILLI, 2012) reconhece que o chiste e a interpretação estão intimamente relacionados. “Trabalhar com o humor, assim como com a interpretação,



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

requer um *timing* e um *feeling* específicos” (ZUSMAN, 2006, apud MAZZILLI, 2012 p. 51). Em ambos os instrumentos são necessárias a associação livre e a escuta flutuante.

[...] o humor sem tato deixa de ser humor. Então, apesar de esse conceito manifestar-se, ainda, um pouco vago, ele se mostra interessante para nosso trabalho, pois, por meio dele, Kupermann constrói um entendimento no qual toda e qualquer intervenção do terapeuta (inclusive o uso do Witz) é contingente a cada caso e situação (MAZZILLI, 2012 p. 52).

O psicanalista, em sua prática, “[...] tem total liberdade no âmbito da tática (ou técnica), menos liberdade no âmbito da estratégia e quase nenhuma liberdade no âmbito da ética” (MAZZILLI, 2012 p. 52).

### ***Considerações Finais***

Com base no referencial teórico apresentado, é possível concluir que o chiste, o humor e a psicanálise estão intrinsecamente relacionados. O chiste, como uma formação do inconsciente, atua como uma passagem do recalado para a consciência, enquanto o humor surge como uma criação simbólica ligada ao deslizamento de sentido da palavra. O humor possibilita ao sujeito desfrutar do prazer, liberar afetos e lidar com a finitude e o sofrimento psíquico.

O referencial teórico também destaca a relação entre o drama e o humor, a vida e a morte. O humor negro é uma forma de reconhecer e driblar a inevitabilidade da morte, mostrando a ambivalência e o paradoxo próprios do registro do trágico. Na clínica psicanalítica, o humor é visto como uma ferramenta viável na intervenção terapêutica, capaz de promover a saída do sujeito de uma posição repetitiva para um lugar criativo e sublimatório.

No entanto, existem críticas à clínica do humor na psicanálise. Alguns argumentam que seu uso compromete a neutralidade e a abstinência do analista, enquanto outros apontam possíveis efeitos traumáticos ou a desqualificação dos problemas a serem enfrentados. Por outro lado, defensores da clínica com bom humor afirmam que o uso adequado do humor pode estabelecer um vínculo de confiança entre analista e analisando, ultrapassar resistências e enriquecer o processo analítico.

Com base nas teorias apresentadas, o objetivo deste estudo é examinar o papel do humor na clínica psicanalítica e seu impacto no processo terapêutico. Através da revisão



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

narrativa da literatura acadêmica, busca-se enriquecer a compreensão da relação entre o humor e a psicanálise, bem como estimular a reflexão sobre as oportunidades e desafios inerentes ao seu uso na prática clínica psicanalítica.

No entanto, é importante ressaltar que as críticas e perspectivas apresentadas não invalidam a importância do humor na clínica psicanalítica, mas destacam a necessidade de cautela e sensibilidade por parte dos analistas ao utilizarem o humor como ferramenta terapêutica. Cada caso e situação demandam uma análise cuidadosa para que o humor seja utilizado de forma adequada, respeitando os limites e necessidades do paciente.

Em suma, o estudo do humor na psicanálise oferece *insights* valiosos sobre a relação entre o inconsciente, o prazer e a elaboração psíquica. O humor pode desempenhar um papel significativo no processo analítico, proporcionando alívio, transformação e ampliação das possibilidades simbólicas do sujeito. No entanto, seu uso requer sensibilidade, consideração ética e uma compreensão aprofundada do paciente e do contexto terapêutico.

### **Referências**

44

MAZZILLI, R. **A psicanálise de bom humor**: um estudo sobre o chiste, o cômico e o humor na relação terapeuta-paciente. Orientador: Raul Albino Pacheco Filho. 2012. 69 p. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/28558/1/ROBERTA%20MAZZILLI%20-%20TCC.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MORAIS, M. B. L. Humor e psicanálise. **Estudos de Psicanálise**, Salvador, n. 31, p. 113-123, out. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n31/n31a14.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.

RIBEIRO, M. M. C. Do trágico ao drama, salve-se pelo humor!. **Estudos de Psicanálise**, Salvador, n. 31, p. 103-112, out. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n31/n31a13.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2022.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E REPRESENTAÇÕES SOBRE A DOENÇA E A MORTE NO COTIDIANO POPULAR BRASILEIRO**

Alzira Lobo de Arruda Campos<sup>1</sup>

Marília Gomes Ghizzi Godoy<sup>2</sup>

Patrícia Margarida Farias Coelho<sup>3</sup>

### ***Introdução***

Os 203.000.000 habitantes do Brasil têm direito à assistência pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que garante o atendimento igualitário a todos, constituindo um dos sistemas mais aperfeiçoados do mundo. Trata-se de um dos direitos à cidadania, garantido pela “Constituição Cidadã” de 1988. Mas, o direito à saúde sancionado em lei, quando aplicado a uma população diversificada e desigual, acaba por replicar o fosso profundo existente entre as classes do lazer e as classes do trabalho, ajudando a compreender a permanência de práticas terapêuticas herdadas do passado histórico mais longínquo. Passado em que médicos e cirurgiões praticavam uma medicina baseada em humores. O sistema mais importante era o galênico, fundamentado na teoria de Cláudio Galênic, médico grego que considerava a doença como originada de um desequilíbrio dos humores ou fluidos do corpo humano (sangue, bile negra, bile amarela e fleuma)<sup>4</sup>. Para remover o excesso dos humores e restabelecer o equilíbrio do corpo, preconizava-se a sangria: faziam-se incisões em locais do corpo imaginados como conectados a um dos humores. Sanguessugas e laxantes, utilizados para induzirem ao vômito e às diarreias, também eram técnicas que visavam ao mesmo objetivo. Existia ainda o método paracelsiano, baseado

45

<sup>1</sup> Mestra e Doutora em História Social (USP/SP); Livre-docente em Metodologia da História (UNESP/FRANCA); Docente do Programa de Mestrado em Ciências Humanas (UNISA/SP). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4945544723389636> ; e-mail: [loboarruda@hotmail.com](mailto:loboarruda@hotmail.com)

<sup>2</sup> Mestra em Antropologia Social (USP); Doutora em Psicologia Social (PUC-SP); docente do Programa em Ciências Humanas, nível Mestrado (UNISA); orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5747-2354>; email: [mggodoy@yahoo.com.br](mailto:mggodoy@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Mestra em Letras pela Universidade Presbiteriana Mackenzie; Doutora em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Docente do Programa de Mestrado e Doutorado em Educação da Universidade Metodista de São Paulo; Docente e Coordenadora do Programa de Mestrado em Ciências Humanas (UNISA/SP). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1087625657694882>; e-mail: [patriciafariascoelho@gmail.com](mailto:patriciafariascoelho@gmail.com)

<sup>4</sup> A expressão “mau humor” reflete, como um fósil léxico, tal pensamento.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

na teoria de Paracelso, um médico renascentista que, inspirado pela alquimia, glosava os elementos fundamentais da saúde: enxofre, sal (cinzas) e mercúrio. O tratamento paracelsiano consistia em poções, contendo metais pesados tóxicos, como o mercúrio. Esses sistemas eram quase os únicos aplicados até a idade moderna, constituindo, como sabemos há dois séculos, mais um mal do que um bem. Para as doenças venéreas, com relevância para a sífilis, existia um ditado que apontava para os problemas do uso do mercúrio, mas não para outra opção, a não ser a continência sexual, moral e religiosa, presente na frase: “algumas horas com Vênus, vários anos com Mercúrio”.

É evidente que esse sistema terapêutico era sentido como altamente perigoso e que práticas populares, baseadas no senso comum e em princípios mágico-religiosos, estendessem-se a toda população. Note-se, não obstante, que mesmo após a descoberta dos vírus, bactérias, fungos e de outros agentes biológicos como responsáveis pelas doenças, terapêuticas obscurantistas perduraram no Brasil.

O passado das práticas de cura “científicas”, ineficazes e fora do alcance das camadas populares, especialmente da multidão plurifacetada de índios, afro-brasileiros e mestiços, teve por efeito direto a busca por sabedorias ancestrais. Médicos e cirurgiões eram raros e substituídos por xamãs, curandeiros e “feiticeiros”, de ambos os sexos, que atendiam a necessidades do “povo”, isto é, dos portugueses e seus descendentes que fossem capazes de prestar serviços à Coroa e à Igreja. Na categoria de “não povo” ficavam os indivíduos destinados ao trabalho braçal (os escravizados – africanos, índios e mestiços – e os pobres em geral). A documentação não deixa dúvidas a respeito: “Nestas terras não há povo, porque não existe quem sirva à República”, declara o capitão-general de São Paulo (MORGADO DE MATEUS, 1768).<sup>5</sup> Dois séculos depois, um caipira da cidade de Cunha define, em frase lapidar, o sentido de povo para o antropólogo que o entrevistava: “Aqui há só os graúdos e o povo que não manda em nada” (WILLEMS, 1947, p. 24). Ao findar o século XX, “povo” ganha novas luzes no pensamento de Darcy Ribeiro:

Surgimos da confluência, do entrechoque e do caldeamento do invasor português com índios silvícolas e campineiros e com negros africanos, uns e outros aliciados como escravos. Nessa confluência, que se dá sob a regência dos portugueses, matrizes raciais díspares, tradições culturais distintas, formações sociais defasadas se enfrentam e se fundem para dar lugar a um *povo novo* [...] de estruturação societária. Novo porque surge como uma etnia

<sup>5</sup> “República”, isto é, a *res publica*, cujos serviços maiores seriam os de enviar os lucros da empresa mercantil das colônias para a Metrópole.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

nacional, diferenciada culturalmente de suas matrizes formadoras, fortemente mestiçada, dinamizada por uma cultura sincrética e singularizada pela redefinição de traços culturais delas oriundos (RIBEIRO, 1995, p. 19).

Para Darcy Ribeiro, “povo novo” implica novo modelo de estruturação social, baseado em uma forma renovada de escravismo e servidão conectada ao mercado mundial. A unidade do povo/nação brasileiro resultaria de um processo violento, marcado por uma repressão social e classista, que buscou suprimir toda identidade étnica discrepante. A uniformidade cultural teria por objetivo esconder profundas distâncias sociais, exacerbada pela oposição entre uma camada privilegiada minúscula e o grosso da população “fazendo as distâncias sociais mais intransponíveis que as diferenças raciais” (RIBEIRO, 1995, p. 23).

A existência de culturas alternativas adquiriu uma potência maior nas lutas de índios e negros contra a escravidão, na qual assumem papel relevante as culturas tradicionais. O pacto colonial baseado em monopólios, privilégios e tributos transferiu-se para o Brasil independente, fortalecendo “os donos do poder” no espectro administrativo, político e econômico da sociedade. A classe proprietária assenhoreou-se de benefícios sociais, políticos e econômicos, fundamentados pela exploração das classes do trabalho (trabalhadores qualificados e braçais, desempregados, devedores, pobres). O poder minoritário da burguesia nacional, sempre irrestrito e incontrolado, exerceu o patronato político, considerado a causa do subdesenvolvimento nacional (FAORO, 1975).

Com esses fundamentos históricos marcados por desigualdades contínuas, procuramos contribuir para entender o significado de “povo brasileiro”, lançando algumas luzes sobre o “lado escuro da lua” – o território das práticas terapêuticas populares no Brasil.

47

### ***Pensamento e práticas terapêuticas: o homem diante da doença e da morte***

O mundo atual valoriza sobremaneira a ciência, vista como a verdade única do homem e do universo. Os prestígios conferidos ao campo científico provêm do respeito ao procedimento padronizado para os problemas e soluções da humanidade, sistematicamente subordinados às evidências e à abertura a revisões críticas. Essa posição permanece sempre vigilante ao aparecimento de falsificações, tanto as baseadas em reivindicações ilegítimas de pertencimento à família das ciências, quanto as que dizem se fundamentar em epistemes alternativos. Esses dois grupos acabam por se confundir, em algumas posições circunstanciais e momentâneas. De modo amplo, reconhece-se a





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

existência de outros saberes relevantes para a vida humana, além dos científicos, como no caso exemplar de saberes tradicionais usados na terapia de algum tipo de doença, adotado há séculos por uma comunidade específica. Na área da saúde, o atrito entre as visões da ciência e da tradição é constante:

[...] e infelizmente muitas vezes a preferência pela abordagem científica acaba sendo vista como arrogante ou desrespeitosa – às vezes com razão, outras vezes como mecanismo de defesa e reação a séculos de exploração e colonialismo. Mas a verdade é que há vários motivos que podem levar uma determinada prática, ritual ou comportamento, culturalmente vinculado à saúde, a cristalizar-se como tradição; a real eficácia da prática no combate a certos tipos de enfermidade ou na manutenção da saúde é uma possibilidade, mas não a única (PASTERNAK; ORSI, 2023, p. 8).

Há mais razões do que as apontadas acima, uma das quais vale a pena mencionar: a pesquisa antropológica, há tempo concluiu que saberes tradicionais sobre a doença e a morte permitem que a comunidade se torne capaz de discutir seus problemas, reduzindo os níveis de tensão e ansiedade vigorantes em seu interior. Ademais, comportamentos culturais relativos à cura do corpo e ao afastamento da morte podem expressar relações simbólicas relevantes de caráter político e até ecológico.

A relação do ser humano com a natureza tem estado no centro das preocupações atuais, exprimindo preocupações a respeito do aquecimento global, da destruição das florestas, da fauna, flora e do meio ambiente, pela ação predatória do homem. Mas também há que se notar algumas consequências positivas relevantes, como a formação de uma consciência contemporânea de que o mundo natural merece o respeito humano, nesta era geológica que vem sendo chamada de antropoceno.

Desse prisma, tem se originado uma reverência a culturas tradicionais capazes de uma convivência pacífica com a natureza, oposta à exploração inconsequente dos recursos naturais, que são finitos e se encontram em perigo de esgotamento e mesmo de extinção. Nas últimas décadas, a ameaça de um Apocalipse não imaginário se tornou um truismo universal, vindo a gerar ideias e ações racionais para solucionar a equação complexa sobre a preservação do meio ambiente e um desenvolvimento econômico necessário, mas que seja sustentável.

Nesse âmbito, o homem ocidental, orgulhoso de sua identidade, encaminhou-se para a distinção entre natural e artificial, concedendo uma distinção bastante ambígua entre ambos os termos. Embora a escala natural/artificial seja complexa, no sistema

48





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

globalizado em que vivemos, tem-se formado uma consciência aguda a respeito da superioridade moral e estética de crenças e ideologias, com base na ideia de existir uma hierarquia no universo, que situa a intervenção humana abaixo da natureza (PASTERNAK; ORSI, 2023, p. 97-103).

A presente reflexão considera não haver categorias rigorosamente delimitadas entre o natural e o artificial, o real e o imaginário, de acordo com a existência de indícios claros sobre práticas terapêuticas e significados sobre a doença e a morte, insertos na memória nacional. Enquanto as sociedades contemporâneas se esforçam, tanto quanto possível, em expulsar da vida cotidiana o pensamento e a imagem da morte, as sociedades tradicionais parecem por vezes manter uma atitude que reflete condições demográficas e morais bastante diversas. De todo modo, a morte e o cadáver se impõem como elementos correntes, impossíveis de serem dissimulados no conjunto de valores culturais. A morte não se identifica somente como uma terrível realidade, mas, olhada de uma perspectiva cristã, reveste-se de grande importância para indivíduos e sociedades. Nessa vertente, a igreja encoraja seus fiéis a entreter uma familiaridade sustentável em relação à morte. O espetáculo da morte, longe de ser mórbido, é visto como salutar, na medida em que constitui sempre uma advertência e, em certos casos, um tema edificante. Por regra ancestral, nos últimos momentos de um doente, reúnem-se em seu redor os membros da família, crianças incluídas, mas por vezes vizinhos e amigos. Desde que o moribundo dá o último suspiro, as portas da casa são abertas e familiares e amigos se reúnem durante toda a vigília fúnebre, como um convite para efetuar uma última visita àquele que não mais existe (LEBRUN, 1971, p. 393-495).

Práticas terapêuticas inscreviam-se no passado e, em grande medida, no presente, nas atitudes sinceras ou rotineiras da população brasileira, confrontada com o mistério do sofrimento e da doença. A Igreja pós-tridentina ensinava que a doença, desejada por Deus, era ao mesmo tempo um castigo e uma advertência. Castigo individual ou coletivo para os pecados dos homens, advertência salutar da preparação para “bem morrer”. Um tema preferido pelos pregadores era a oportunidade que a doença dava aos cristãos para sentirem a verdade da salvação. O cristão devia temer sobretudo a morte súbita e se esforçar por fazer um bom uso da doença. Nessa linha, os sermões aconselhavam os doentes a dirigirem preces a Nosso Senhor, convictos de que a doença do corpo contribuía para a salvação da alma. A moléstia seria um sinal de Deus e um instrumento de ascese espiritual, antes de significar um mal atingindo o corpo. O dever do médico era então zelar para a cura da alma de seu paciente, antes de se ocupar da cura de seu corpo,

49





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

ensinamento que contribuía para dar à doença uma significação ambígua: o padre e o médico, estreitamente associados, deveriam ficar à cabeceira do doente, em uma ação dotada de singulares interferências. O primeiro dever dos médicos era o de zelar para que seus doentes se confessassem, e os padres (afora o fato de alguns deles exercerem o papel de curandeiros) deveriam incluir em suas funções a administração da extrema unção, como agentes eficazes da cura dos corpos, uma vez que, além dos seus efeitos de ordem espiritual, esse sacramento derradeiro restabeleceria a saúde do corpo, quando essa saúde fosse considerada como um expediente necessário à salvação da alma. À exceção de uma elite capaz de se aprofundar espiritualmente no mistério da doença, seja estudando-a racionalmente ou, por outro lado, buscando discernir a parte da alma e a do corpo, não haveria modo de a mentalidade popular deixar de ver a doença como resultado de uma força mágica. Da intervenção de Deus à do Diabo, distava apenas um passo, uma vez que a doença seria, em alguns casos, obra do Diabo, agindo por intermédio de um feiticeiro. Em tais condições, a doença só poderia ceder a poderes taumatúrgicos, não unicamente às armas naturais. A presença insuficiente de cirurgiões e sobretudo de médicos não era suficiente para explicar o recurso aos práticos e aos conjuradores, uma vez que eles eram chamados mesmo quando havia quando existia um número suficiente de homens com habilitação “científica” para socorrer o povo em suas carências físicas. No passado, os doentes preferiam ser socorridos por “homens grosseiros e sem instrução”, mas que teriam origens mais próximas às suas, diferentemente de médicos ou cirurgiões. Tal preferência também se devia ao fato de que os melhores médicos e cirurgiões se esforçavam para que os homens comuns renunciassem a certos hábitos inveterados e perigosos, tanto no plano da higiene como no da alimentação e da terapia. Além de tudo, existiam descréditos sobre a medicina oficial, explicados também pelo fato de que ela tendia cada vez mais a se dessacralizar, na medida em que ocorriam os primeiros progressos quanto à natureza e ao tratamento de moléstias. Assim, o médico verdadeiro passava a agir claramente, baseando seus diagnósticos no exame atento do doente, recusando-se às consultas a distância e prescrevendo remédios que ele acreditava mais apropriados. Uma tal atitude, que corresponde à recusa ao caráter mágico da doença, acaba por inspirar desconfiança e desprezo entre aqueles que continuam persuadidos de que a doença resultava da intervenção de Deus ou de qualquer feiticeiro. Nessa vertente, as armas mais eficazes disponíveis provinham da religião e da magia, inextricavelmente confundidas, e a virtude de certos remédios eram reconhecidas porque perdurava a crença de que eles se originavam de preces ou de fórmulas conjuratórias.

50



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Não eram apenas as classes populares que acreditavam nas virtudes mágicas do tratamento de doenças. Se as pessoas mais evoluídas apelavam, de início, à medicina oficial, elas não excluíaam o recurso à medicina “paralela” em casos de fracasso da primeira. Aos olhos da Igreja e de seus representantes, a prece e a penitência eram as primeiras armas disponíveis ao doente. Se é verdade que a Igreja pós-tridentina, em confronto violento com os protestantes, procurasse afastar o culto dos santos de certas proliferações reprováveis, não é menos certo que insistisse em seu poder mediador perante os santos.

Nessa linha, a Igreja encorajava uma das formas mais antigas da piedade popular, atribuindo a alguns santos o papel de intercessores privilegiados circunstâncias aflitivas, em particular, na doença. Os “santos curadores” possuíam uma especialidade bem definida e alguns deles eram considerados como capazes de provocar uma doença, que sempre levava seu nome, e que só eles poderiam curar. Assim, quando das grandes epidemias de peste, voltava-se para São Sebastião, com a organização de procissões e ações de graça no momento em que ocorria a remissão provisória do flagelo. São Sebastião continuava a ser invocado em épocas de grandes contágios, notadamente, da disenteria. Alguns santos curadores eram venerados em alguns santuários principais, por ocasião de “viagens” ou romarias particularmente frequentes. Por regra, o santuário abrangia uma fonte miraculosa, além de objetos de devoção – uma caixa contendo relíquias do santo, pedidos de intercessão (votos) e de agradecimento (“ex-votos”), ou simplesmente uma imagem dotada de virtudes miraculosas. Para obter a graça da cura, convinha banhar-se na fonte, beijar devotamente a caixa ou a imagem, depositando nelas por alguns instantes uma vestimenta do doente ou um pano, depois colocado sobre o membro ferido. Contra as doenças da pele, invocava-se Santo Lázaro, para problemas de visão, Santa Luzia, e contra todas as espécies de doença, a mais poderosa das mediadoras, a Virgem, invocada sob múltiplos vocábulos. O recurso aos práticos e aos conjuradores pertence à mesma mentalidade. O estudo do empirismo – e da feitiçaria a ele ligada – coloca um problema de método, uma vez que o silêncio reina sobre essas práticas misteriosas. Em decorrência, os testemunhos são, em geral, enviesados, uma vez que a voz dos acusados é intermediada pelas autoridades que os acusam. Nos processos do Santo Ofício, nas corregedorias eclesiásticas, nas desobrigas da quaresma, espalham-se por toda parte testemunhos contra feiticeiros, adivinhos, curandeiros. Mas, a partir do momento em que o feiticeiro como tal não é mais conduzido aos tribunais, o silêncio tomba sobre ele. Nessas circunstâncias, é forçoso recorrer às pesquisas de folcloristas renomados, avaliando as narrativas orais por eles recolhidas de adultos e de velhos, em um tempo em que a grande ruptura com o passado ainda não fora operada. Foi no século XVIII, que abrigou o primeiro

51



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

*boom* demográfico da história, que a necessidade de serem conhecidos os motivos do crescimento da população, essencialmente centralizado nas camadas populares, fez nascer o folclore, novo ramo do conhecimento destinado a investigar a cultura do povo. A partir de então, abriu-se uma barreira profunda entre a cultura “sábua” ou patricia e a cultura do povo ou da plebe, voltada à “pequena tradição”, registrando hábitos e ritos estranhos da “gente mesquinha”, considerados, desde o início, como tradicionais, resíduos do passado, pouco respeitados pela ciência propriamente dita (THOMPSON, 1998, p. 13). As narrativas recolhidas por folcloristas evidenciam que muitos dos costumes, sobretudo as práticas terapêuticas, são válidos para épocas anteriores e posteriores ao seu registro. Note-se, em caráter preliminar, que o folclore implicou o sentido de subordinação ao “grande conhecimento” ou “conhecimento verdadeiro”, como costumes opostos ao progresso das nações. Na época, como na atualidade, os costumes dividiam-se em bons e maus – os primeiros, representando a civilização, o progresso; os segundos, a barbárie, o atraso (THOMPSON, 1998, p. 14). Essa segmentação de poder perdurou até os dias de hoje, na desconsideração ainda vigente em diversos setores sociais sobre saberes tradicionais ou populares. No campo da ciência médica as evidências são claras. Ao mesmo tempo em que o saber médico se aperfeiçoa, tornando a humanidade mais equipada para resistir às moléstias e à morte, práticas tradicionais ainda permanecem na obscuridade do não dito, daquilo sobre o qual não se deve falar.

É preciso levar a investigação ao passado, procurando aferir as suas projeções para a atualidade.

De início, torna-se evidente que a voga dos “práticos” (não formados) se liga muito mais aos remédios que prescrevem do que a sua reputação de conjuradores, porque a distinção entre esses qualificativos se apoiava em um saber geral, mais ou menos bem assimilado, e em uma ação considerada como de pura magia. O prático não era somente um médico ou um cirurgião sem diploma, mas participava em geral do poder misterioso do mágico. De fato, se o prático se utilizava de “remédios naturais”, em geral os mesmos usados pelos médicos, é verdade que adicionava algumas receitas provenientes puramente da operação mágica. A Igreja aceitava a ação dos práticos, contanto que, para aumentar a eficácia de sua terapêutica, não passassem a conjurar a doença com palavras e meios extraordinários. Ainda uma vez, convém desconfiar de distinções muito sólidas: é preciso lembrar sempre que a mesma personagem pode ser respeitada por possuir poderes sobrenaturais bivalentes, dos quais possa usar tanto para provocar o mal quanto para curar. A aproximação com o santo curador torna-se evidente: nos dois casos dirige-se àquele

52





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

que se considera o autor do mal, mesmo se for visto como intermediário de Deus ou do Diabo. Nessas condições, o essencial da terapia reside em práticas e fórmulas mágicas utilizadas pelo conjurador. Trata-se de segredos que se transmitem muito cuidadosamente de pai para filho e não podem ser divulgados sob pena de perderem toda virtude.

### ***História e práticas terapêuticas: o exemplo de São Paulo nos séculos XVIII e XIX***

A cidade de São Paulo colonial e primeiras décadas do período monárquico impressiona seus visitantes pela quantidade de doenças e doentes desassistidos, postos à mercê da caridade particular ou de hospitais precários:

Existe em São Paulo um hospício (lazareto) para o recolhimento dos infelizes atingidos pela morfeia, horrorosa enfermidade, que só a caridade pode impedir de ser olhada sem enorme repugnância. Mas se bem que essa doença seja muito comum em certas regiões vizinhas da estrada de São Paulo à fronteira da província do Rio de Janeiro, o lazareto pode abrigar apenas quatro pessoas, pelo que um número enorme de leprosos erra de localidade em localidade, vivendo da caridade pública. Esse lazareto depende da Irmandade da Misericórdia (Santa Casa de Misericórdia), que tem por fim socorrer os indigentes e, principalmente, os doentes pobres (SAINT-HILAIRE, 1974, p. 159).

53

Saint-Hilaire observa que faltava muito para que os habitantes da província de São Paulo, mesmo os moradores da Capital, fossem fortes como os de Minas Gerais ou de Curitiba, fornecendo dados sobre o aspecto doentio por ele notados:

Em São Paulo muitos indivíduos encontrei com a pele amarelada e ar doentio. As doenças da pele são ali extremamente comuns, principalmente, uma espécie de sarna que se apresenta sob a forma de pequenas espinhas e que é, ao que se diz, de grande perigo curá-la com remédios de aplicação externa, só cedendo com o uso de banhos de mar. Nada é mais comum, na região, do que as moléstias venéreas, contra as quais as pessoas das classes inferiores, principalmente, nenhum cuidado têm (SAINT-HILAIRE, 1974, p. 166).

A arte de curar no Brasil subordinava-se inquestionavelmente ao monopólio do saber médico, à hegemonia da medicina científica, mas com forte reação de práticas de cunho popular:

O pouco conhecimento sobre as características socioculturais da medicina do período colonial brasileiro criou a ilusão de que práticas oriundas de outras





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

tradições não teriam influenciado significativamente o processo de institucionalização da ciência médica ao longo do século XIX. As bases socioculturais da medicina colonial foram forjadas pela convivência e combinação de três tradições culturais distintas – indígena, africana e europeia –, com inexpressiva participação dos profissionais de formação acadêmica (FERREIRA, 2003, p. 101).

O fato é que a medicina no uso social rotineiro do Brasil colonial esteve a cargo fundamentalmente de curandeiros, feiticeros, raizeiros, benzedores, padres, barbeiros, parteiras, sangradores, boticários e cirurgiões. Esses atores sociais assumiam, no Brasil, o papel reservado na Europa aos doutores em medicina. Portanto, medicina culta e medicina popular apresentavam semelhanças quando viam as doenças e suas curas a partir de suas conexões entre o natural e o sobrenatural, entre a experiência e a crença. Embora os praticantes da medicina popular estivessem submetidos ao controle de instituições oficiais, os terapeutas populares contrabalançavam suas subordinações por meio do prestígio social de que gozavam (FERREIRA, 2003, p. 103). Como exemplo, vejamos a situação médico-sanitária em retalhos de documentos produzidos pelos donos do poder institucional em São Paulo setecentista. O “ar” era considerado envenenado pelos relâmpagos, muito frequentes na capitania, como podemos aquilatar em carta do capitão-general de São Paulo, D. Luiz Antônio de Souza, endereçada ao Conde de Oeyras:

[...] O terrível mal de S. Lázaro, que com grande força se principiava a declarar nesta Capitania, vai diminuindo ao presente depois que lhe dei a providência de separar os doentes em todas as vilas, e rogar ao Reverendo Vigário Capitular que ordenasse preces públicas em todas as Freguesias da Capitania, o que prontamente executou [...]. Seguiu-se uma geral epidemia de Icterícias, de que não ficou pessoa isenta, que ou mais ou menos a não sentisse; falecerão desta doença muitas pessoas, e algumas com tanta pressa, que não deu lugar a sacramentarem-se. Eu atribuo esta intemperança aos contínuos relâmpagos, que continuamente se viram cintilar por todos os meses em que por cá costuma ser o inverno, durando estes meteoros até chegarem a formar sobre o hemisfério desta cidade uma terrível trovoadas no 29 de janeiro deste presente ano, durante o qual caíram tantos raios, que nestes arredores se apontam catorze partes em que se assinalaram ruínas (CARTA DO SECRETÁRIO DE ESTADO, 1772, p. 18-19).

Um dos remédios estava nas orações:





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

#### Bênção do Ar

Em nome de Deus Padre † Em nome de Deus Filho † Em nome do Espírito Santo † Ar vivo, ar morto, ar de estupor, ar de perlezia, ar arrenegado, ar excomungado, eu te arrenego. Em nome da Santíssima Trindade que saias do corpo dessa criatura, ou animal e que vás parar no mar sagrado para que viva são e aliviado. Rezar um Padre Nosso, uma Ave Maria e um Credo (DOCUMENTOS INTERESSANTES, 1913, p. 58).

Essa prece apresenta versões diversificadas e frequentes nas práticas terapêuticas da época, disseminadas por todos os estratos sociais, com agentes majoritariamente negros, mas também brancos e mestiços. Uma queixa contra o “curador” Bento de Lima Prestello, fornece dados importantes para o entendimento das relações sociais e de poder, no universo mágico-religioso da época. Isidoro da Silva Costa, o autor da queixa, denuncia que o curador provinha das minas do Sabará, da Freguesia de Santo Antônio da Roça Grande, praticando curas de acordo com um ritual composto por gestos, palavras e raízes, em uma cena propícia a impressionar os circunstantes. O drama tinha início com a colocação de algumas raízes que atestariam se haveria feitiços na etiologia da enfermidade. Em caso positivo, a mão tremeria. Iniciava-se, então, a bênção do doente, com uma oração semelhante à bênção do ar, acima transcrita, em versão mais longa e pormenorizada:

Jesus, Nome de Jesus, Deus te fez, Deus te curou, Deus acanhe a quem te acanhou. Deus te tire o mal que no teu corpo entrou: o ar de lua, ar de figueira, ar de pereira, ar de perlezia, ar de corrupto, ar de inveja, ar de feitiçaria, ar de achaque, ar de maleitas e mais coisas que não estou ciente. Pelos poderes da Virgem Maria, São Pedro e São Paulo, que o corpo de Fulano fique são e salvo como na hora em que foi nascido, assim como Nosso Senhor sarou (MOTT, 2000, p. 121).

A crença na origem sagrada das doenças se espelha na correspondência oficial, como podemos ver na transcrição abaixo:

[...] e se escreveu uma carta ao ilustríssimo Cabido em que se ajuntou incluso um requerimento do Povo desta cidade onde vinham assinados cinquenta e tantas pessoas em que nos pediam que como cabeça da república rogássemos ao mesmo ilustríssimo cabido pela vinda da Senhora da Penha para que com a sua vinda cesse a epidemia de bexiga, e mais moléstia [...] (CARTA DO SECRETÁRIO DE ESTADO, 1772).





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

A cirurgia, *grosso modo*, uma especialidade braçal, um mero prolongamento do ofício de barbeiro, era exercida em São Paulo e seus arredores por “indivíduos sem educação e sem estudos; e, entre as parteiras, a ignorância era ainda maior. Para partejar uma mulher, faziam-na assentar sobre o “meio-alqueire” (denominação referente a uma medida quadrada), “posição em que era mantida por várias pessoas, enquanto a parteira recebia a criança, tendo-se o cuidado de sacudir a parturiente, com a intenção de tornar o parto mais fácil” (SAINT-HILAIRE, 1974, p. 166).

Queixas sobre maus atendimentos abundam na documentação, como a formulada contra o cirurgião João Baptista Barbine,

por este estar curando nesta cidade há seis meses e lhe constar por queixas de algumas pessoas que saíram mal curadas de sua mão, fazendo grandes despesas assim nos medicamentos que ele mesmo traz como de assistência e administração das ditas curas: e vindo à presença em vereança dos ditos oficiais da Câmara lhe foram pedidas suas provisões a qual logo apresentou uma de cirurgião em que é aprovado o que visto e examinado pelos ditos oficiais da Câmara mandaram que usasse livremente da sua carta de aprovação da ocupação de cirurgião e não de medicina atendendo o bem comum e o defeito das ditas curas feitas (ATAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 1918-1939).

56

Os vereadores estavam encarregados da vigilância e dos procedimentos sobre a administração da saúde em São Paulo, como podemos verificar em ata de 1.º de abril de 1780:

[...] e se passou um edital para os mestres de todos os ofícios mecânicos tirarem seus regimentos; e nesta vereança mandaram que um delegado do físico-mor do reino por nome José Teixeira Guimarães que se acha nesta cidade para visitar as boticas e mais cirurgiões barbeiros e parteiras fosse este obrigado a apresentar as faculdades que trazia para o dito emprego e apresentando se mandaram registrar na forma que sua Majestade Fidelíssima determina e se lhe mandou que não visitasse as lojas dos homens de negócio desta cidade por estarem isentas e poderem vender estas todas as drogas por virtude de uma ordem de Sua Majestade Fidelíssima e não constar do seu regimento feito pelo ilustríssimo e excelentíssimo senhor conde de Bobadella (ATAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO, 1918-1939).





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Em São Paulo de outrora, o custo da preparação do cadáver e da inumação era desproporcional aos meios da população humilde. Antes da instalação de cemitérios, em finais do século XIX, os mortos da elite e os religiosos em geral eram enterrados nas igrejas, mosteiros, conventos ou ermidas, locais em que se beneficiariam das preces da comunidade. Documentos permitem a avaliação de custos e práticas culturais da época. As despesas abrangiam o feitiço da mortalha (80 réis e mais 20 réis para linhas) e da sepultura (160 réis pagos a um preto). Para enterrar o defunto, empregavam-se dois pretos (cada um recebendo 200 réis de jornal, a diária pelo trabalho). A soma final resultou em 1.900 réis, para o enterro de Manoel Roiz (DOCUMENTO N.º 3, 1808, p. 77). Documentos seguintes informam custos diversos, mas o emprego sempre de “pretos” para fazer a sepultura e enterrar o morto (DOCUMENTO N.º 4, 1808, p. 78). Pesquisas sobre a sociedade paulista ressaltam a presença indígena como fundamental para o estabelecimento dos colonizadores no Planalto de Piratininga, atraídos, provavelmente pelo acesso aos “negros da terra” ou “tapanhunos”, vendidos como substitutos aos africanos. O bandeirismo de apresamento e a catequese forneciam súditos à Coroa e almas à Igreja. Apoiados nessas premissas, os portugueses se ajustaram às condições oferecidas pela terra, com a flexibilidade de couro e não a do ferro. A presença indígena fez-se não apenas essencial para a instalação da vida “civilizada” na capitania paulista, mas essencial para a sobrevivência dos europeus. A cultura indígena se tornou hegemônica no cotidiano paulista, fazendo com que o Português só suplantasse o tupi antigo em meados do século XVIII. Formas de alimentação e elementos culturais diversos incorporaram-se às formas de viver dos piratininganos. Foi com certeza no contato assíduo com o sertão e seus moradores que o paulista teria conseguido as primeiras noções de uma arte de curar mais adaptada ao ambiente e natureza dos trópicos. A partir do extenso aproveitamento da fauna e flora indígenas, iniciou-se a fabricação de remédios. Os jesuítas foram os primeiros a escolher os remédios dos índios que pareciam melhores, de acordo com a ciência e a superstição do tempo. Essa farmacopeia rústica, chamada de “remédios de paulista”, compunha-se de receitas extraídas da flora e fauna dos sertões. A extensa e continuada experiência conseguida pelas andanças por territórios imensos, enfrentando “moléstias raras, ataques de feras, vinditas do gentio inimigo, longe do socorro dos físicos, dos barbeiros sangradores ou das donas curandeiras, é que permitia ampliar substancialmente e organizar essa farmacopeia rústica (HOLANDA, 1957, p. 88). É uma tarefa bastante complexa procurar discernir quais as técnicas de cura puramente indígenas, em meio a uma sociedade mestiça, que acreditava em virtudes

57





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

curativas de plantas e de animais, muitas vezes já existentes na Europa e que se transplantaram para outras plantas e bichos encontrados no Brasil. Práticas indígenas que continham requisitos para escandalizar os europeus acabaram por ser acolhidas favoravelmente pelos colonizadores, como aconteceu com o processo de se afogear por meio de brasas o corpo ou partes do corpo afetados por alguma enfermidade. Esse processo foi usado pelos pajés e xamãs na tentativa de combater as primeiras epidemias de bexigas. Em princípio do século XVII, os resfriados mais renitentes eram curados pelos paulistas com o lançamento sobre a parte constipada de enxofre muito bem moído, acutilando a parte constipada com o gume de uma faca “posta em brasa”. Apenas com esse remédio, uma testemunha afirma que foram “acudidas muitas queixas, dignas pelo seu aparato de maiores remédios, como foram pleurisia, ciáticas e outras muitas e várias dores em qualquer parte do corpo” (ABREU, 1733, p. 600). A partir de um critério analógico, consistente na tendência para buscar entre os produtos da terra elementos já conhecidos na Europa, provavelmente técnicas de cura indígenas se incorporaram às europeias para a criação da medicina usada em São Paulo. Essa analogia teria validade tanto na seleção de drogas como na de amuletos. Para a mentalidade dos habitantes de São Paulo, vigorante em roceiros ainda na atualidade, as partes do corpo de animais selvagens, que não possam servir para alimentação ou manufaturas de couros (chifres, dentes, unhas, ossos, cascos, couraças, gorduras) têm aplicação terapêutica ou servem de amuletos. A crença comum dos indígenas em uma espécie de força mágica presente nos dentes de jacarés era considerada um talismã poderoso, capaz de contrabalançar a influência nefasta de algumas entidades.

58

### *Conclusões*

Na arte de curar fica um imobilismo que se encontra ao nível de estruturas mentais, essencialmente estruturas religiosas e para-religiosas. A grande questão angustiante que o mistério da doença e da morte coloca ao homem continua a ser enquadrada do ponto de vista religioso. A morte é vista como a passagem deste “vale de lágrimas” à vida eterna, passagem infinitamente temível, porque ao pequeno número de leitos se opõe a multidão de rejeitados e ninguém pode prejulgar a sentença do Soberano Juiz. Assim, diante da doença e da morte, o grande remédio é a prece conduzida pelo papel capital de mediadores. Ela constitui o caminho único para obter da misericórdia divina a salvação dos corpos e das almas, podendo abreviar a permanência no purgatório das almas cativas.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

A miséria não aparece afinal como a causa e a consequência ao mesmo tempo da manutenção de estruturas econômicas, demográficas e mentais tradicionais. Os progressos materiais e o desenvolvimento humano não atingem convenientemente a estagnação dos deserdados. Os homens vivem mal, continuando vulneráveis aos numerosos flagelos sanitários que se acumulam. Fazer uma interpretação das técnicas terapêuticas e das condições sanitárias no Brasil é observar o espetáculo conjunto de homens, de mulheres e de crianças que se debatem ou se resignam, desarmados diante da doença e da morte.

### Fontes

ATAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Publicação do Arquivo Municipal de São Paulo, subdivisão de documentação histórica. São Paulo, 1918-1939.

CARTA DO SECRETÁRIO DE ESTADO. In: *Documentos Interessantes*, vol. 29, Arquivo do Estado de São Paulo, julho de 1772.

DOCUMENTO N.º 3, 1808, p. 77. In: ATAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Publicação do Arquivo Municipal de São Paulo, subdivisão de documentação histórica. São Paulo, 1918-1939.

DOCUMENTO N.º 4, 1808, p. 78. In: ATAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Publicação do Arquivo Municipal de São Paulo, subdivisão de documentação histórica. São Paulo, 1918-1939.

DOCUMENTOS INTERESSANTES. *Documento anexado a uma petição dirigida por João Baptista Victoriano ao Capitão General de São Paulo, sobre o descobrimento do morro de Inutucavaru*, vol. 3, 3ª ed., São Paulo, 1913, p. 58.

MORGADO DE MATEUS. Carta a El Rei. São Paulo, 31/1/1768. *Documentos Interessantes*, v. 23, p. 378.

### Bibliografia

ABREU, José Rodrigues de. *Histologia Médica*. Lisboa Ocidental, 1733.

FERREIRA, Luiz Otávio. Medicina impopular: ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos científicos (1830-1840). In: CHALHOUB, Sidney et al. (org.). *Arte e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

FAORO, Raymundo. *Os donos do poder – formação do patronato político brasileiro*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

HOLANDA, Sergio Buarque de. *Caminhos e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1957.

LEBRUN, François. *Les Hommes et la Mort em Anjou*. França: Librairie Maloine S. A. Editeur, 1971.

MOTT, Luiz. Paulistas e colonos de São Paulo nas garras da Inquisição Portuguesa. *Revista USP*, São Paulo, n° 45, p. 116-128, março/maio 2000.

PASTERNAK, Natalia; ORSI, Carlos. *Que bobagem! Pseudociências e outros absurdos que não merecem ser levados a sério*. São Paulo: Contexto, 2023.

RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro – A formação e o sentido do Brasil*, São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. *Viagem pelo Distrito dos Diamantes e litoral do Brasil*. Trad. Leonam de Azeredo Pena. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: Ed. Da USP, (Reconquistas do Brasil, v. 5), 1974.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum – estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

WILLEMS, Emílio Cunha. *Tradição e transição em uma cultura rural do Brasil*. São Paulo: Secretaria da Agricultura, Dir. Publ. Agrícola, 1947.

60





## O PODER DOS “ZEITGEBERS” NA PROMOÇÃO DO SONO DO RECÉM-NASCIDO

Ana Rute Martins<sup>1</sup>  
Graça Moraes Rocha<sup>2</sup>

A necessidade humana de dormir é universal e inquestionável contudo, esta varia de indivíduo para indivíduo, sendo influenciada por diversos fatores (ABDUL JN et al, 2021, p.1986-96). O sono saudável é determinante para o processo de crescimento cognitivo e socioemocional, promovendo o desenvolvimento durante a infância (BARRY ES, 2021, p.651–92; HALL W & NETHERY E, 2019, p.64-74).

As necessidades de sono variam ao longo da vida, de acordo com cada faixa etária, sabendo-se que o número de horas de sono recomendado tende a diminuir ao longo da vida (SUNI E & SINGH A, 2023), sendo que o recém-nascido não tem ainda um padrão de sono definido, apresentando um ritmo ultradiano, com ciclos de sono-vigília de três a quatro horas.

O sono é um processo ativo e dinâmico crucial para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, caracterizando-se por uma necessidade fisiológica, que exige um processo evolutivo de adaptação, influenciado por elementos intrínsecos e extrínsecos à criança, que influenciam funções biológicas como a restauração do organismo, a renovação celular, a conservação da energia, o desenvolvimento e aprendizagem cerebral, as quais asseguram o nosso equilíbrio ao nível biológico, emocional e social (PIMENTEL T & RENTE R, 2004; SILVA E et al, 2018, p.63-72; SALAVESSA M & VILARIÇA P, 2009, p.584-591).

Com um papel essencial no neurodesenvolvimento, o sono contribui em grande medida para o desenvolvimento do sistema nervoso central, particularmente das estruturas cerebrais, sistema sensorial e comportamental, sendo a sua preservação crucial (CHORAMA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; JIN-HUA LIAO et al., 2018, p.386-393; LAN HY et al., 2018, p.281-291; VAN DEN HOOGEN A et al., 2017, p.78-86; ABDEYAZDAN Z et al., 2016, p.552-556; VARVARA B et al., 2016, p.115-123). É

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESSCVP; Enfermeira no AP da CUF Cascais; anamartins8036@esscvp.eu

<sup>2</sup> Professora Adjunta na ESSCVP; Mestre em Ciências da Educação; Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; mrocha@esscvp.eu





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

reconhecido como um elemento fulcral na manutenção e recuperação do estado de saúde (OLIVEIRA L & FERREIRA R, 2014, p.82-89; OLIVEIRA L et al., 2015, p.1041-1048; BATALHA LM, 2017), sendo que, qualquer condição médica, aguda ou crónica, pode interferir desfavoravelmente na qualidade e duração do mesmo, pelo que se deve ter em consideração a medicação, os fatores psicossociais, os fatores perturbadores do sono e o conforto, protegendo e promovendo um ambiente de sono saudável (MINDELL J & OWENS J, 2015).

Reconhece-se que os doentes hospitalizados estão mais vulneráveis a problemas do sono devido a diversos fatores (OLIVEIRA L & FERREIRA R, 2014, p.82-89; OLIVEIRA L et al., 2015, p.1041-1048; BATALHA LM, 2017), por isto, as condições de sono das enfermarias pediátricas constituem um contexto fértil de intervenção, uma vez que a privação do sono afeta diversas funções do organismo (OLIVEIRA L & FERREIRA R, 2014, p.82-89; OLIVEIRA L et al., 2015, p.1041-1048). Durante a hospitalização os doentes estão mais suscetíveis a problemas do sono devido à própria situação de doença e ao ambiente hospitalar (OLIVEIRA L & FERREIRA R, 2014, p.82-89; OLIVEIRA L et al., 2015, p.1041-1048). Relacionados com a situação de doença identificam-se fatores como a dor e o desconforto, já resultantes do ambiente hospitalar distinguem-se as modificações das rotinas diárias, o ambiente estranho, a circulação nos corredores, as rotinas de cuidados e procedimentos dos profissionais de saúde, o ruído, a luz e a temperatura (OLIVEIRA L & FERREIRA R, 2014, p.82-89; OLIVEIRA L et al., 2015, p.1041-1048).

Um serviço com profissionais formados e despertos para a área do sono, promove o mesmo, implementando intervenções essencialmente não-farmacológicas, evitando a administração de medicação para dormir durante a hospitalização, que não é utilizada no domicílio, a qual interfere na natural arquitetura do sono (OLIVEIRA L et al., 2015, p.1041-1048).

Considerando a importância do sono no desenvolvimento dos recém-nascidos, os Cuidados Neuroprotetores assumem elevada relevância, pois consistem em cuidados orientados para o desenvolvimento do recém-nascido, considerando as necessidades individuais de cada criança, adaptando os cuidados e o ambiente (ALTIMIER L & PHILIPS R, 2016, p.230-244). Visam influenciar positivamente a parentalidade, preparando a alta do recém-nascido para o domicílio, valorizam a parceria de cuidados e o estabelecimento da relação precoce entre o recém-nascido e a sua família, através da adoção de estratégias neuroprotetoras (ALTIMIER L & PHILIPS R, 2016, p.230-

62





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

244). Têm como objetivos: prevenir a morte das células neuronais que suportam o desenvolvimento cerebral, reduzir as sequelas neurológicas de um nascimento prematuro e melhorar o potencial de neurodesenvolvimento, através da minimização das manipulações, do posicionamento adequado, da redução dos estímulos e gestão do ambiente (ALTIMIER L & PHILIPS R, 2016, p.230-244).

Das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituem áreas de atuação particular como a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, com orientação antecipatória às famílias visando a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (DR, 2018). Desta forma, os Cuidados Antecipatórios assumem neste contexto uma importância extrema. É fundamental avaliar e identificar as Competências Maternas Autopercebidas (MARQUES, 2004, p.33-41) no momento da alta, permitindo a identificação e antecipação de dúvidas e dificuldades que possam surgir acerca do normal desenvolvimento e crescimento infantil, já no domicílio. Assim, são transmitidos conhecimentos, estratégias e ferramentas, desenvolvendo as competências parentais, as quais potenciam a sua autonomia no que às particularidades do sono e situações específicas diz respeito, antecipando possíveis regressões do sono associadas por exemplo, ao processo de doença, a alterações da rotina, início da creche/escola, férias, regresso da mãe ao trabalho, ou mesmo relacionadas com o natural desenvolvimento da criança, como sugere Brazelton com o Modelo Touchpoints (BRAZELTON T & SPARROW D, 2011), evitando visitas desnecessárias aos serviços de saúde e promovendo o crescimento e desenvolvimento, com vista à maximização da saúde da criança (BATALHA LM, 2017; MARQUES, 2004, p.33-41).

Os “zeitgebers” são elementos ambientais como a luz, a alimentação, o ruído, a atividade física ou as interações sociais, capazes de regular o ciclo de relógio biológico (FOSTER RG, 2020, 180), contribuindo desta forma para a promoção do sono na infância. Um processo fisiológico repetido aproximadamente a cada 24 horas, considera-se um ritmo diário, sendo definido como “circadiano” (GRANDIN LD, 2006, p.679-694). O relógio circadiano endógeno deve ser adequado à hora local, recorrendo na maioria das vezes a um mecanismo baseado no sol para a sua sincronização (FOSTER RG, 2020, p.180). São múltiplos os processos fisiológicos humanos regulados pelo relógio endógeno, o qual é influenciado por “zeitgebers” como o ciclo luz/escurecimento. Desta forma, a sincronização

63





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

entre os ritmos circadianos e os “zeitgebers” é indispensável para o desempenho físico, cognitivo e a saúde em geral (LEWIS P et al., 2018).

A libertação de melatonina, hormona do sono sensível à luz que entra pelos olhos, aumenta com a escuridão e influencia a libertação de outras hormonas que contribuem para o acordar, como o cortisol (FOSTER RG, 2020, p.180; LEWIS P et al., 2018; STREMLER R et al., 2021). Por forma a promover e proteger o sono do recém-nascido durante o internamento, a redução dos estímulos luminosos pode ser feita através de: colocação de capas opacas para cobrir as incubadoras, utilização de luzes mais suaves, recorrendo a luzes mais fortes apenas para procedimentos que o exijam, ter o cuidado de não virar focos de luz diretamente para a face do recém-nascido, alternância cíclica de luz, por forma a simular o ambiente diurno e noturno, desta forma, a produção de melatonina pode ser regulada, permitindo sincronizar as horas de dormir e despertar (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; LAN HY et al., 2018, p.281-291; VAN DEN HOOGEN A et al., 2017, p.78-86; VARVARA B et al., 2016, p.115-123; LIAO JH et al., 2018, p.<sup>386-393</sup>; WHITE R, 2015, p.<sup>114-115</sup>).

As flutuações circadianas na composição do leite materno contribuem para a transferência de informações sobre a hora do dia, da mãe para o recém-nascido (ITALIANER MF et al., 2020, p.<sup>2328</sup>). O leite materno contém endorfinas, bem como uma elevada concentração de triptofano (precursor da melatonina que aumenta a concentração de beta endorfinas) (GALVÃO DMPG et al., 2015, p.<sup>89-98</sup>), o que contribui para a regulação do sono. Desta forma, diferentes componentes analgésicos para o alívio da dor da criança, como o paladar, a sucção, o contacto materno e o preenchimento gástrico são também articulados, promovendo o conforto do recém-nascido (GALVÃO DMPG et al., 2015, p.<sup>89-98</sup>; DGS, 2012). O aleitamento materno representa numerosas vantagens, principalmente para os recém-nascidos prematuros (GRACINDA C & SCHOCHI S, 2004, p.<sup>597-605</sup>; AMANDO AR et al., 2016, p.<sup>1-11</sup>; SILVA LM, 2014, p.<sup>50-59</sup>), considerando a sua fragilidade e instabilidade, contribuindo para a redução quer da morbilidade, quer da mortalidade (AMANDO AR et al., 2016, p.<sup>1-11</sup>). A evidência científica destaca o papel da amamentação na redução das respostas comportamentais de dor e a duração do choro, sendo recomendada como estratégia a implementar, pela Organização Mundial de Saúde (ERKULL M & EFE E, 2017, p.<sup>110-15</sup>; RESZEL J et al., 2016), sendo a amamentação também reconhecida como reforço da segurança da mãe, diminuindo a ansiedade (GALVÃO DMPG, 2015, p.<sup>89-98</sup>). Considerando a privação do contacto imediato mãe-filho, devido à presença do recém-nascido na incubadora, a ausência do estímulo à amamentação e a longa permanência do recém-

64





nascido nas unidades, é essencial valorizar os sentimentos de revolta, dúvida, medo, tristeza, angústia, stress, fragilidade, impotência e insegurança dos pais/cuidadores (GRACINDA C & SCHOCHI S, 2004, p.<sup>597-605</sup>; AMANDO AR et al., 2016, p.<sup>1-11</sup>), os quais interferem na produção e manutenção do leite (GRACINDA C & SCHOCHI S, 2004, p.<sup>597-605</sup>; AMANDO AR et al., 2016, p.<sup>1-11</sup>; CRUZ MR & SEBASTIÃO LT, 2015, p.<sup>76-84</sup>), bem como na disponibilidade e desejo para amamentar (GRACINDA C & SCHOCHI S, 2004, p.<sup>597-605</sup>). Desta forma, a ingestão de leite materno deve ser, sempre que possível, encorajada, para que a mãe tenha sucesso no processo de amamentação, no qual é essencial o apoio e as orientações por parte dos profissionais de saúde, criando para isso condições no serviço que garantam a privacidade para amamentar ou, caso seja necessário, para extrair o leite materno (GRACINDA C & SCHOCHI S, 2004, p.<sup>597-605</sup>; AMANDO AR et al., 2016, p.<sup>1-11</sup>).

A sucção não-nutritiva é também uma estratégia amplamente utilizada e sustentada pela evidência científica, a qual inibe a hiperatividade, contribuindo para o conforto do recém-nascido (DGS, 2012; OE, 2013), recorrendo a chupetas, à administração de leite materno, ou soluções adocicadas, sendo esta última referida como eficaz pela Direção-Geral da Saúde, apenas durante o primeiro ano de vida (LAN HY et al., 2018, p.281-291; LIAO JH et al., 2018, p.<sup>386-393</sup>; DGS, 2012).

Incluída na gestão dos cuidados, concentrar as manipulações ao recém-nascido, agrupando os cuidados e evitando interrupções desnecessárias do sono para as rotinas de cuidados, a hora da mamada deve ser utilizada como momento de prestação de outros cuidados, adiando as intervenções que não são emergentes até o bebé acordar, respeitando assim o ciclo de sono-vigília do recém-nascido (LIAO JH et al., 2018, p.<sup>386-393</sup>). Prevenindo dificuldades e problemas do sono no futuro, é importante identificar a amamentação enquanto associação do sono, a qual dificulta o desenvolvimento de estratégias autorreguladoras para adormecer. Evitar associações com questões comportamentais para o início do sono (PAUL IM et al., 2016; HALAL CS & NUNES ML, 2014, p.<sup>449-56</sup>), uma vez que se a criança recorrer a estas associações para iniciar o sono, irá necessitar novamente delas, durante os despertares noturnos, para voltar a adormecer (HALAL CS & NUNES ML, 2014, p.<sup>449-56</sup>), permite que a criança se acalme sozinha durante os despertares noturnos (SILVA E et al., 2018, p.63-72; BATHORY E & TOMOPOULOS S, 2017, p.<sup>29-42</sup>; APS & SPP, S.D.; GOSH, 2017).

Por forma a promover e proteger o sono, diminuir os estímulos sonoros durante o período de sono é essencial, implementando medidas que reduzam o ruído associado à prestação de cuidados na unidade (DUBOSE JR & HADI K, 2016, p.540-553;



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

MANUEL AR et al., 2021, p.176-86). Estratégias como reduzir os volumes dos alarmes dos monitores e outros equipamentos, mantendo os estímulos auditivos calmos, cuidado redobrado ao fechar as portas das incubadoras, evitando bater nesta ou abrir embalagens no seu interior, reduzir o tom de voz e evitar sons de telefones e telemóveis, são práticas que devem ser implementadas durante as rotinas de prestação de cuidados (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; LAN HY et al., 2018, p.281-291; VAN DEN HOOGEN A et al., 2017, p.78-86; VARVARA B et al., 2016, p.115-123; LIAO JH et al., 2018, p.386-393; WHITE R, 2015, p.114-115). Os sons intrauterinos acalmam naturalmente o recém-nascido, sendo o “white noise” uma das estratégias usada para camuflar outros ruídos, inibindo estímulos de excitação e estabelecendo um ambiente calmo promotor do sono (SPENCER JA et al., 1990, p.135-7) contudo, este deve ser desligado quando a criança adormece e, deve ser descontinuado antes dos 4 meses de idade, permitindo que a criança desenvolva as suas próprias estratégias autorreguladoras para adormecer (BRAZELTON T & SPARROW D, 2011).

O exercício é uma estratégia terapêutica ou preventiva que fomenta a homeostase cronobiológica, influenciando as alterações na libertação de melatonina, promovendo desta forma o sono (FEINBERG I, 2012, p.533-540; GRANDIN LD, 2006, p.679-694). A este, estão associadas alterações na libertação de melatonina à semelhança do que ocorre com o efeito da luz (LEWIS P et al., 2018). Quando falamos de recém-nascidos, não podemos falar de exercício, mas sim do posicionamento adequado e a minimização das manipulações, os quais constituem focos dos cuidados, promovendo o conforto do recém-nascido e, desta forma, favorecendo o sono. Integrando as estratégias neuroprotetoras, o posicionamento adequado e a contenção constituem intervenções importantes, dado o seu contributo para a autorregulação do recém-nascido e evitando a desorganização motora (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; DGS, 2012). A contenção dos membros com recurso a lençol, rolos ou ninhos permite a conservação da energia e acalma o recém-nascido, essencial ao seu neurodesenvolvimento (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; DGS, 2012). Como cuidados antecipatórios é essencial informar os pais/cuidadores que, pelos 4 meses a criança desenvolve estratégias autorreguladoras para adormecer, devendo esta técnica ser descontinuada, permitindo a mobilidade livre dos membros. O método canguru, privilegiando o contato pele a pele permite também posicionar o recém-nascido, promovendo a vinculação, o conforto e, desta forma também o sono (DGS, 2012). A promoção do sono, direcionada a crianças mais velhas deve também constituir um dos

66





focos da educação para a saúde, reforçando os contributos da prática diária de exercício físico, salvaguardando que este não deve ser praticado nos momentos que antecedem o sono (APS & SPP, S.d.).

A preservação do ciclo de sono permite a manutenção da plasticidade cerebral (VARVARA B, 2016, p.115-123), contribuindo para o neurodesenvolvimento do recém-nascido. Desta forma, a privação do sono no recém-nascido representa um impacto negativo significativo no desenvolvimento adequado do sistema nervoso central, com especial relevo em prematuros (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; VAN DEN HOOGEN A, 2017, p.78-86), possibilitando danos neurológicos, bem como consequências negativas para o crescimento e desenvolvimento (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; LAN HY et al., 2018, p.281-291; VAN DEN HOOGEN A, 2017, p.78-86; VARVARA B, 2016, p.115-123), podendo afetar negativamente a recuperação de saúde (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; LAN HY et al., 2018, p.281-291) e, desta forma, atrasar a alta hospitalar, ou mesmo provocando alterações comportamentais na idade adulta (LIAO JH et al., 2018, p.<sup>386-393</sup>). Minimizar as manipulações, programar as rotinas concentrando os cuidados e respeitar o ciclo de sono-vigília, assume um papel fundamental (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; VAN DEN HOOGEN A, 2017, p.78-86; WHITE R, 2015, p.<sup>114-115</sup>).

Contudo, a interação nos momentos em que o recém-nascido está desperto assumem-se como relevantes, pois desempenham um papel fundamental para relação da díada, o conforto, bem como para o seu desenvolvimento neurológico. O despertar deve realizar-se de forma suave, com toque suave, minimizando a estimulação excessiva (CHORA MA & AZOUGADO C, 2015, p.357-371; VAN DEN HOOGEN A, 2017, p.78-86; WHITE R, 2015, p.<sup>114-115</sup>). Os pais/cuidadores devem ser encorajados a providenciar os cuidados, sendo evidenciada a massagem e a técnica de canguru materno por forma a promover a interação e os mecanismos de promoção da vinculação.

Adquirir um padrão adequado de rotinas do sono na infância representa um alicerce para a sua perpetuação na vida adulta (APS & SPP, S.d.).

Considerado um tema pouco abordado nos cuidados, o sono constitui uma área privilegiada, na qual o enfermeiro desempenha um papel fundamental, desenvolvendo os conhecimentos e a consciencialização parental para a prevenção, bem como a identificação precoce e gestão dos problemas de sono das crianças/adolescentes (HONAKER S & MELTZER L, 2016, p.31-39). Contudo, o sono é referido como tema, sobre o qual os profissionais de saúde demonstram pouca formação, evidenciando uma



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

prestação de cuidados com limitados conhecimentos e competências necessárias para diagnosticar e tratar problemas do sono (OE, 2007; HULST RY et al., 2020, p.703-710; BROWN CA et al., 2014, p.286274). As lacunas na formação dos enfermeiros, bem como dos restantes profissionais de saúde para a temática do sono conduz a uma desinformação generalizada e autoconhecimento desajustado sobre a saúde do sono, com significantes consequências na saúde infantil, motivando expectativas irrealistas e angústia inadvertida sobre o considerado “sono perfeito” (BROWN CA et al., 2014, p.286274).

A sensibilização e formação dos profissionais de saúde para a temática do sono assume-se como fundamental na prestação de cuidados de saúde. O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica desenvolve o autoconhecimento, baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica, assiste a criança/adolescente com a família, na maximização da sua saúde, providenciando cuidados promotores dos ganhos em saúde (DR, 2018; DR, 2019). A partilha de informação com os pais/cuidadores sobre o padrão biológico de sono ao longo do desenvolvimento infantil, evidenciando os comportamentos e evoluções expectáveis, promove a aquisição de conhecimentos e competências, melhorando e aumentando a sua autonomia, o que evita visitas desnecessárias aos serviços de saúde (HULST RY et al., 2020, p.703-710; BROWN CA et al., 2014, p.286274). Com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações e satisfação da criança, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica implementa e coordena, em parceria com a família e os recursos de saúde existentes, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o estipulado e da reinserção social da criança (DR, 2018; DR, 2015). A promoção da parentalidade, através do fornecimento de informação acerca das variações do padrão de sono ao longo do ciclo de vida e normal desenvolvimento da criança, assume por isto um papel fundamental do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (HULST RY et al., 2020, p.703-710; BROWN CA et al., 2014, p.286274).

O avanço das tecnologias permite nos dias de hoje aceder a fontes inesgotáveis de informação. Ainda que fidedigna ou não, os pais alcançam-na, acabando por questionar de forma mais pertinente os profissionais de saúde. Por este motivo e porque existe cada vez mais um confronto direto com dúvidas, os profissionais de saúde sentem necessidade de justificar as suas deliberações. Uma equipa que rege os seus cuidados pela Prática Baseada na Evidência, proporciona aos cuidadores decisões fundamentadas, fundamentando-as na pirâmide de acontecimentos, que caracteriza e organiza o crescente universo de evidências e recursos disponíveis. Desta forma, estabelece-se uma relação de

68





parceria entre o enfermeiro e a criança/família, salientando-se: o envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação (CASEY A & MOBBS S, 1988), numa base de confiança mútua. Uma equipa com competência especializada potencia a prestação de cuidados de nível avançado, considerando a segurança, competência e satisfação da criança e família (DR, 2018).

### *Referências Bibliográficas*

Abdeyazdan Z, Mohammadian-Ghahfarokhi M, Ghazavi Z, Mohammadizadeh M. (2016). Effects of nesting and swaddling on the sleep duration of premature infants hospitalized in neonatal intensive care units. *Iranian J Nursing Midwifery Res*, 21(5):552-556. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.193422>

Abdul JN, Tham EK, Pang WW, Fok D, Chua MC, Teoh O-H, et al. (2021). Association between breastfeeding and sleep patterns in infants and preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 114(6):1986-96. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab297>

Altimier, L, Philips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4):230-244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>

Amando AR, Tavares AK, Oliveira AKR, Fernandes FECV, Sena CRSS, Melo RA. (2016). A Percepção de Mães Sobre o Processo de Amamentação de Recém-Nascidos Prematuros na Unidade Neonatal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30 (4): 1-11. <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17134/0>

Associação Portuguesa de Sono/Sociedade Portuguesa de Pediatria. S.d. Higiene do Sono da Criança e Adolescente. <https://www.apsono.com/index.php/pt/centro-de-documentacao/centro-de-doc/52-higiene-do-sono-da-crianca-e-do-adolescente>

Barry ES. (2021). What Is “Normal” Infant Sleep? Why We Still Do Not Know. *Psychological reports*, 124(2):651–92. <https://doi.org/10.1177/0033294120909447>

Batalha LM. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de estudo – versão 1) Coimbra: ESEnFC

Bathory E, Tomopoulos S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age 11 Children. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 47:29-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

- Brazelton, T. & Sparrow, D. (2011). O método Brazelton: a criança e o sono. 6a edição. Editorial Presença
- Brown CA, Wielandt P, Wilson D, Jones A, Crick K. (2014). Healthcare Providers' Knowledge of Disordered Sleep, Sleep Assessment Tools, and Nonpharmacological Sleep Interventions for Persons Living with Dementia: A National Survey, Sleep Disorders, Hindawi Publishing Corporation, 286274. <http://doi.org/10.1155/2014/286274>
- Casey A, Mobbs S. (1988). Partnership in Practice. Nursing Times. Vol. 44, n.º 84
- Chora MA, Azougado C. (2015). Influência da Promoção do Sono no Desenvolvimento do Recém-Nascido Pré-Termo: Uma Revisão Narrativa. RIASE, 1(3):357-371. [http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/77](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/77)
- Cruz MR, Sebastião LT. (2015). Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. Distúrb Comum, 27 (1): 76-84. <http://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/19362/16328>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa: DGS, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- Dubose JR, Hadi K. (2016). Improving inpatient environments to support patient sleep. International Journal for Quality in Health Care, 28(5):540-553. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw079>
- Erkull M, Efe E. (2017). Efficacy of Breastfeeding on Babies' Pain During Vaccinations. Breastfeed Med, 12(2):110-15. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0141>
- Feinberg I, Davis N, De Bie E, Grimm K, Campbell I. (2012). The maturational trajectories of NREM and REM sleep durations differ across adolescence on both school-night and extended sleep. American Journal of Physiology: Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 302(5):533-540. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.00532.2011>
- Foster RG, Hughes S, Peirson SN. (2020). Circadian Photoentrainment in Mice and Humans. Biology, 9(7):180. <https://doi.org/10.3390/biology9070180>
- Galvão DMPG, Pedroso RMCJ, Ramalho SIHSMA. (2015). Intervenções Não Farmacológicas de Redução da Dor em Uso na Vacinação de Lactentes. INFAD, 1(1):89-98. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.254>

70





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

- Gracinda C, Schochi S. (2004). Dificuldades Maternas no Processo De Aleitamento Materno De Prematuros em uma UTI Neonatal. *Rev Lat Am Enfermagem*, 12 (4): 597-605. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a04.pdf>
- Grandin LD, Alloy LB, Abramson LY. (2006). The social *zeitgeber* theory, circadian rhythms, and mood disorders: Review and evaluation, *Clinical Psychology Review*, 26(2006):679-694. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.07.001>
- Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust. (2017). Sleep hygiene in children. <https://www.gosh.nhs.uk/file/22841/download>
- Halal CS, Nunes ML. (2014). Education in children's sleep hygiene: which approaches are effective? A systematic review. *J Pediatr (Rio J)*, 90:449-56. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.05.001>
- Hall W & Nethery E. (2019). What does sleep hygiene have to offer children's sleep problems? *Paediatric Respiratory Reviews*, 31:64-74. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2018.10.005>
- Honaker S, Meltzer L. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, 25:31-39. 74 <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.01.004>
- Hulst RY, Pillen S, Voorman JM, Rave N, Visser-Meily JM, Verschuren O. (2020). Sleep health practices and sleep knowledge among healthcare professionals in Dutch paediatric rehabilitation, *Child Care Health Dev*, 46:703-710. <https://doi.org/10.1111/cch.12799>
- Italianer MF, Naninck EF, Roelants JA, Van der Horst GT, Reiss IK, Van Goudoever JB, et al. (2020). Circadian Variation in Human Milk Composition, a Systematic Review. *Nutrients*, 12:2328. <https://doi.org/10.3390/nu12082328>
- Lan HY, Yang L, Hsieh KH, Yin T, Chang YC, Liaw JJ. (2018). Effects of a supportive care bundle on sleep variables of preterm infants during hospitalization. *Res Nurs Health*, 41:281-291. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nur.21865>
- Lewis P, Korf HW, Kuffer L, et al. (2018). Exercise time cues (*zeitgebers*) for human circadian systems can foster health and improve performance: a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 4:e000443. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000443>
- Liao JH, Hu RF, Su LJ, Wang S, Xu Q, Qian XF, He HG. (2018). Nonpharmacological Interventions for Sleep Promotion on Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs*, 15 (5): 386-393. <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/wvn.12315>

71





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

Manuel AR, Ribeiro AF, Completo S, Silva S, Loureiro HC. (2021). Sleep Friendly Ward: A Pilot Project in a Level II Hospital. Portuguese Journal of Pediatrics, 52(3):176-86. <https://doi.org/10.25754/pjp.2021.20190>

Marques. (2004). Competências Maternas Auto-percebidas no Contexto da Prematuridade, 11:33-41. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=auto&id\\_artigo=36&id\\_revista=5&id\\_edicao=10](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=auto&id_artigo=36&id_revista=5&id_edicao=10)

Mindell J, Owens J. (2015). A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems. 3ª ed. Filadélfia: Lippincott Williams and Wilkins. DOI: 10.1097/DBP.0000000000000271

Oliveira L, Ferreira R. (2014). O Ambiente Das Enfermarias Pediátricas Favorece O Sono Das Crianças? DOES THE ENVIRONMENT IN PAEDIATRIC WARDS PROMOTE CHILDREN'S SLEEP? Acta Pediatr Port, 45:82-89. <https://docplayer.com.br/126379963-O-ambiente-das-enfermarias-pediaticas-favorece-o-sono-das-criancas.html>

Oliveira L, Gomes C, Nicolau LB, Ferreira L, Ferreira R. (2015). Environment in pediatric wards light sound and temperature. Sleep Medicine, 16(9):1041-1048. <http://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.03.015>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança. Cadernos OE, Série I, 6. Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico – funcionais. Lisboa. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

Paul IM, Savage JS, Anzman-Frasca S, Marini ME, Mindell JA, Birch LL. (2016). INSIGHT Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep. Pediatrics, e20160762. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0762>

Pimentel, T, Rente, R. (2004). A patologia do sono. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas, Lda Regulamento n.º 140. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República: 2.ª série, nº26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

72





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Regulamento n.º 422. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). Diário da República, 2.ª série, n.º133. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Regulamento n.º 351. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. (2015). Diário da República: 2ª série, nº 119.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfSauCriancaJovem_DRJun2015.pdf)

Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, Larocque LT, Harrison D. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 6]; 2016(10): CD011248. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011248/full>

Salavessa M, Vilarica P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5):584-591. <http://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>

Silva E, Simões P, MacedoM, et al. (2018). Perceção parental sobre hábitos e qualidade de sono nas crianças em idade pré escolar. *Rev Enf Ref*, IV:63-72

Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF. (2014). Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Distúrb Comum*, 26 (1): 50-59. <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19010>

Spencer JA, Moran DJ, Lee A, Talbert D. (1990). White noise and sleep induction. *Archives of disease in childhood*, 65(1):135-7. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=2405784&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Stremler R, Micsinszki S, Adams S, Parshuram C, Pullenayegum E, Weiss SK. (2021). Objective Sleep Characteristics and Factors Associated With Sleep Duration and Waking During Pediatric Hospitalization. *JAMA Netw Open*, 4(4):e213924. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3924>

Suni E, Singh A. (2023). How much sleep do we really need? *Sleep Foundation* <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need>

Van den Hoogen A, Teunis CJ, Shellhaas RA, Pillen S, Benders M, Dudink J. (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. *Early Hum Dev*, 113:78-86. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.07.002>

73





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Varvara B, Effrossine T, Despoina K, Konstantinos D, Matziou V. (2016). Effects of neonatal intensive care unit nursing conditions in neonatal NREM sleep. *J Neonatal Nurs*, 22:115-123.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1355184115001660>

White R. (2015). Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep - Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn Infant Nurs Rev*, 15: 114-115.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336915000914?via%3DiHub>





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA FACE À HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Ângela Gomes<sup>1</sup>  
Graça Moraes Rocha<sup>2</sup>

### ***Introdução***

Num serviço de Pediatria, é comum os cuidados de enfermagem serem focados na criança hospitalizada, devido à sua vulnerabilidade. É um desafio atender às necessidades da criança e da família em diferentes contextos, reconhecendo a singularidade e diversidade das estruturas familiares (Bazzan et al., 2020).

A hospitalização infantil é um acontecimento que origina estresse e trauma para a criança, devido a rotinas e ambientes diferentes, sendo submetida a procedimentos invasivos e dolorosos (Bezzera et al., 2021). Durante o internamento, a criança tem direito a um acompanhante, independentemente da sua idade ou estado (Carta da Criança Hospitalizada, 1988). De acordo com Bezzera et al. (2021) e Bazzan et al. (2020) o acompanhante pode ser um familiar ou pessoa significativa, pelo que a hospitalização da criança causará um aumento da ansiedade e de preocupação, alterando a organização familiar.

Neste sentido, é importante prestar cuidados à criança, incluindo a família nos seus cuidados. Cada família tem o seu potencial de fornecer um ambiente protetor e de suporte à criança para esta poder crescer e maximizar o seu potencial humano (Wong, 2014). Por conseguinte, é essencial conhecer as suas necessidades de forma a serem implementadas estratégias para os melhores cuidados à criança/família.

Neste sentido, é importante sensibilizar os profissionais de saúde para as necessidades dos pais durante a hospitalização do seu filho (Bazzan et al., 2020).

Enquanto Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, durante a prestação de cuidados, devemos ter em conta o binómio criança/família, estabelecendo uma parceria

---

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESSCVP; Enfermeira no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, [angela.marinacg@gmail.com](mailto:angela.marinacg@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora Adjunta na ESSCVP; Mestre em Ciências da Educação; Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; [mrocha@esscvp.eu](mailto:mrocha@esscvp.eu)





de cuidados para a otimização e maximização da sua saúde, com o objetivo de um regime terapêutico adequado, bem como a parentalidade (Ordem dos enfermeiros, 2018).

Uma das formas para avaliar as necessidades parentais é através da implementação do “Needs of Parents Questionnaire” (NPQ), desenvolvido por Gudrún Kristjánsdóttir, com a finalidade de avaliar a perceção dos pais acerca das suas necessidades durante a hospitalização de um filho. Este questionário encontra-se validado em português e é um instrumento de avaliação das necessidades dos pais durante a hospitalização das crianças (Ferreira et al., 2019).

O questionário é estruturado em três grupos que correspondem, respetivamente à subescala importância (A), subescala satisfação (B), subescala independência (C). O primeiro grupo (A) refere-se à importância que os pais da criança hospitalizada atribuem aos diferentes tipos de necessidades, o segundo grupo (B), refere-se ao grau de satisfação dos pais da criança hospitalizada face à satisfação dos diferentes tipos de necessidades e, o último grupo (C) identifica o grau de independência percebida pelos pais da criança hospitalizada face ao internamento (Kristjánsdóttir, 1995).

A subescala da importância e da satisfação são avaliadas segundo a escala de Likert, enquanto que a subescala independência compreende respostas dicotómicas de sim ou não (Kristjánsdóttir, 1995).

No que se refere à fiabilidade do instrumento (Alfa de Cronbach), na versão portuguesa, esta já tinha sido posteriormente assegurada com os seguintes valores  $\alpha=0,932$  para a subescala “Importância”,  $\alpha=0,942$  para a subescala “Satisfação” e  $\alpha=0,963$  para a subescala “Independência”. Deste modo, pode-se afirmar que a consistência interna deste questionário é “muito boa”, uma vez que apresenta valores de alfa superiores a 0,9 (Silva, 2011).

Segundo Gudrún Kristjánsdóttir, após a identificação das necessidades dos pais durante a hospitalização da criança, estas foram agrupadas em seis grupos, sendo estes a necessidade de confiar; necessidade de sentir que confiam em si; necessidade de informação; necessidade de suporte e orientação; necessidade de recursos físicos e humanos e a necessidade relativas à criança doente e aos outros membros da família. (Kristjánsdóttir, 1995)

Neste sentido, considerou-se importante a sua implementação para compreender as necessidades parentais e, posteriormente, implementar-se estratégias, para contribuir para cuidados de saúde qualificados e humanizados.



### *Metodologia*

Os critérios de inclusão previamente definidos foram os participantes, o conceito e o contexto (PCC) (9). Neste sentido, foram considerados estudos que incluíssem as necessidades da família ou pais (participantes), focados na intervenção de Enfermagem (conceito), durante a hospitalização da criança, independentemente do tipo de doença, aguda ou crónica (contexto). Os descritores utilizados foram hospitalized child; nurs\*; family, após a validação dos mesmos no DeCs ou Mesh. Foram consultadas as bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, PubMed e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, com os critérios de inclusão texto completo em português, inglês ou espanhol, entre o período de 2017 e 2023. A equação de pesquisa utilizada foi [hospitalized child] AND [nurs\*] AND [family], pelo que se obteve um total de 142 artigos. Após a leitura do título e do resumo, utilizando os critérios de inclusão e de exclusão, acima descritos, e excluindo os artigos duplicados, obteve-se um total de 30 artigos. Posteriormente, dos artigos selecionados realizou-se uma leitura integral dos mesmos, finalizando com 15 artigos. Foram excluídos os artigos que se encontravam duplicados, bem como aqueles que mencionaram somente as necessidades da criança face à hospitalização e não incluíam a perspetiva dos pais/família durante esse momento.

A base de dados RCAAP permitiu encontrar alguma literatura cinzenta, como dissertações relevantes para a elaboração deste relatório, bem como os artigos da autora Gudrún Kristjánsdóttir, devido ao “Needs of Parents Questionnaire”.

Procedeu-se à realização de um estudo de tipo descritivo exploratório de carácter metodológico, de abordagem quantitativa, através da implementação do “Needs of Parents Questionnaire”, no período de 19 de maio a 11 de junho de 2023.

Os questionários foram entregues pessoalmente aos pais de RN/criança/jovem internados, numa Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos e numa Neonatologia, num período superior ou igual a 48 horas. Foi utilizada a versão portuguesa e a versão inglesa, devido à multiculturalidade da população abrangida.

No final obteve-se uma amostra de oito respostas na Unidade de Cuidados Intermédios e de cinco no serviço de Neonatologia.

### *Análise Discussão dos Resultados*

Relativamente à análise dos dados das Subescalas de Importância e de Satisfação, estes foram agrupados em necessidades com os valores compreendidos entre dois (Algo

importante/De alguma forma), três (Importante/Quase sempre) e quatro (Muito importante/Completamente), excluindo o “Não é Aplicável” e “Nunca”.

*Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos*

Importância

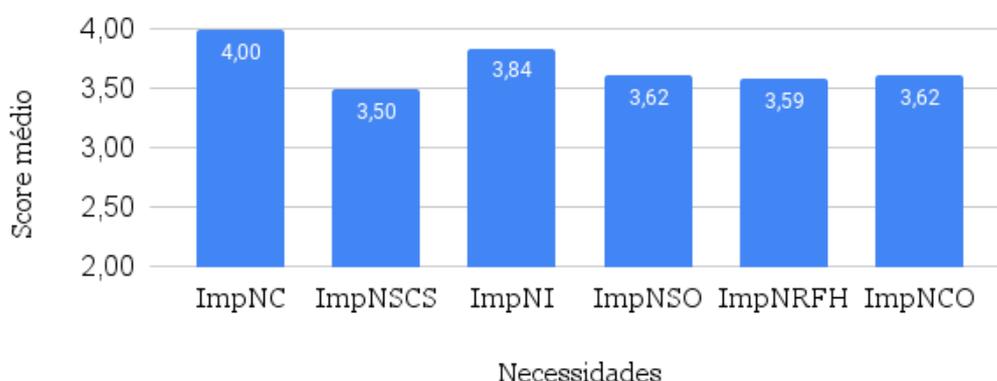


Gráfico 1 - Score médio da importância das necessidades dos pais na UCINT Pediátrica.

Analisando o gráfico 1, concluímos que as necessidades consideradas “Muito importantes” foram a necessidade de confiar, necessidade de informação, necessidade de suporte e orientação e a necessidades relativas à Criança doente e Outros membros da família.

As atitudes sinceras são essenciais para o estabelecimento de uma relação interpessoal entre a equipe de enfermagem e o acompanhante (Ferreira et al., 2019).

Azevêdo et al. (2017) refere que umas das necessidades dos familiares é a comunicação por parte dos profissionais de saúde durante a hospitalização da criança.

Rodrigues et al. (2020) também menciona que o sofrimento dos pais se acentua quando lhes é transmitida pouca ou nenhuma informação sobre os procedimentos ou intervenções realizadas na criança. Sendo assim, é importante uma comunicação clara e objetiva que vá de encontro à compreensão e interesse dos pais.

No que refere à necessidade de suporte e orientação Morais et al. (2019) refere que os familiares/acompanhantes mencionaram receber apoio emocional de alguns profissionais de enfermagem, permitindo a partilha de expetativas e minimizando as consequências da hospitalização.



Para além da importância do suporte dos profissionais de saúde, também é importante o acompanhante receber apoio familiar. Rodrigues et al. (2020) refere que alguns pais demonstram dificuldade em aceitar apoio nas suas necessidades emocionais, pois estão focados nas necessidades do seu filho.

A necessidade de sentir que confiam em si e a necessidade de recursos físicos e humanos foi considerada pelos pais como “Importante”.

### Satisfação

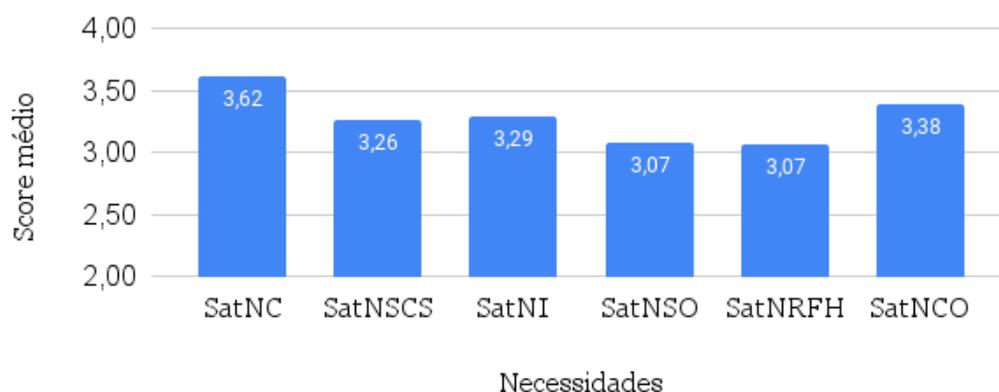


Gráfico 2 - Score médio da satisfação das necessidades dos pais na UCINT Pediátrica.

Procedendo à análise da satisfação que os pais sentem sobre cada necessidade, verificamos no gráfico 2 que a necessidade de confiar é designada como “Completamente” satisfeitos.

Macedo et al. (2017) reforça que para o estabelecimento de uma relação enfermeiro-família, os enfermeiros devem ser empáticos, saber ouvir e apresentar um comportamento não-verbal adequado.

Relativamente às restantes necessidades os pais sentem-se “Quase sempre” satisfeitos.

## Independência

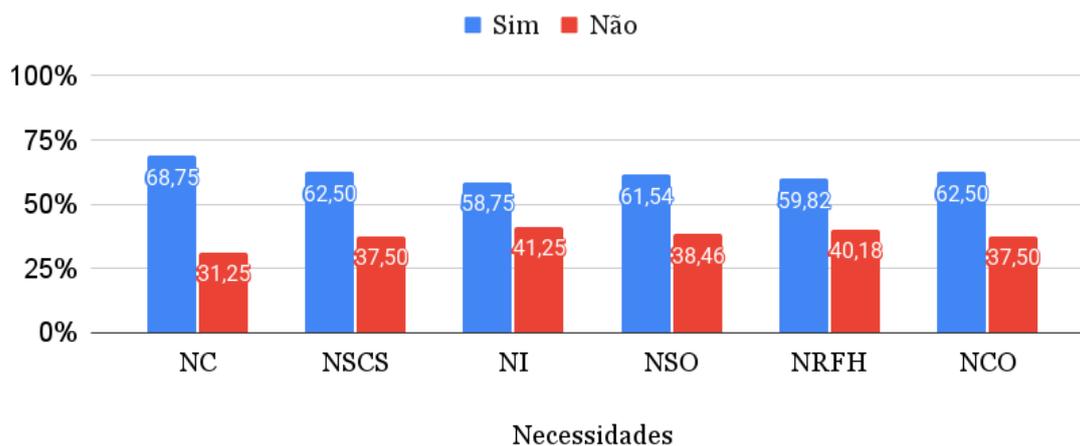


Gráfico 3 - Score médio do nível de independência das necessidades dos pais na UCINT Pediátrica.

No que se refere à avaliação da independência das necessidades face ao hospital, realizou-se a média de respostas “Sim” e “Não”, traduzindo os valores em percentagens.

Com a observação do gráfico 3, podemos concluir que todos os pais consideram que o hospital os deveria ajudar a superar todas as necessidades, sendo que a necessidade com maior percentagem é a necessidade de confiar, com 68,8%.

Durante a prestação de cuidados à criança e sua família é importante o enfermeiro transmitir confiança através do diálogo, demonstrando empatia e respeito pela mesma. (Azevêdo et al., 2017).

De seguida, é a necessidade de sentir que confiam em si e as necessidades relativas à Criança doente e Outros membros da família, com uma percentagem de 62,5%.

O enfermeiro deve assumir uma postura empática e acolhedora, de modo a estabelecer vínculos e relação de confiança com os familiares, para o compartilhamento de informações fundamentais para a elaboração de um plano de cuidados individual da criança hospitalizada e da sua família (Bezzera et al., 2021).

Neste sentido, os enfermeiros têm a responsabilidade de promover a adaptação da parentalidade à hospitalização da criança, colaborando com a família através do apoio, ensino, instrução e treino, com a finalidade de maximizar a saúde e o bem-estar da criança/jovem.

## Neonatologia

### Importância

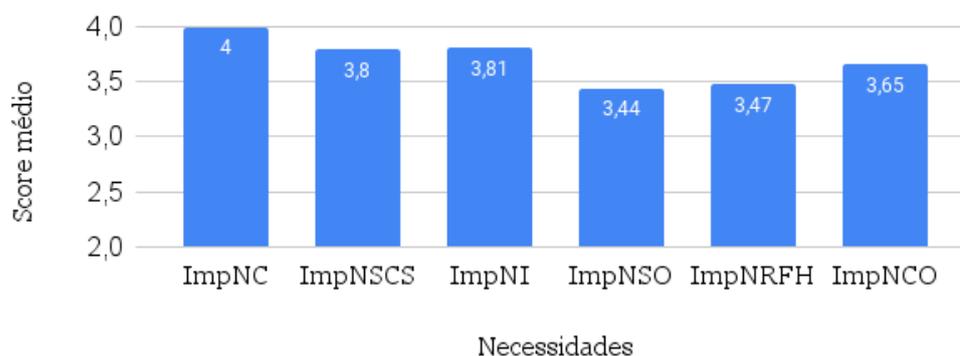


Gráfico 4 - Score médio da importância das necessidades dos pais na Neonatologia.

Analisando o gráfico 4, concluímos que as necessidades consideradas “Muito importantes” foram a necessidade de confiar, a necessidade de informação e a necessidade de sentir que confiam em si. Sendo que as necessidades relativas à Criança doente e Outros membros da família, também têm um valor muito aproximado do “Muito importante”.

As restantes duas necessidades são consideradas pelos pais como “Importante”.

### Satisfação

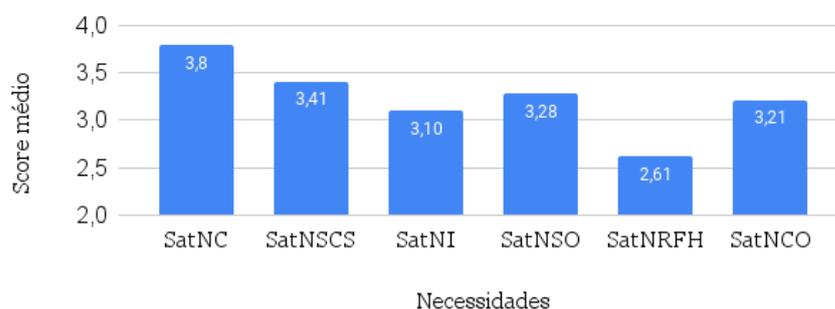


Gráfico 5 - Score médio da satisfação das necessidades dos pais na Neonatologia.

Em relação à satisfação, com a observação do gráfico 5, a necessidade com um maior grau de satisfação é a necessidade de confiar, na medida em que os pais se consideram “Completamente” satisfeitos.

De salientar, no que concerne à necessidade de informação, os pais demonstram-se “Quase sempre” satisfeitos, sendo que de acordo com o gráfico nº 5, foi considerada como “Muito importante”. Neste sentido, conclui-se que a comunicação é importante para o estabelecimento de uma relação de confiança com a díade criança e família, permitindo aos enfermeiros conhecerem melhor as suas necessidades e atuarem face às mesmas (Ferreira et al., 2019).

Podemos também concluir, que a necessidade de recursos físicos e humanos, apesar de ter um score médio que se fosse arredondado estaria no “Quase sempre”, podemos considerar que é a necessidade que os pais demonstram uma menor satisfação. Assim, é importante o hospital ter um espaço acolhedor com condições para a permanência dos familiares com a criança, existindo respeito à privacidade, local para dormir, casa de banho com duche, alimentação para o acompanhante e local seguro para guardar seus pertences (Bazzan et al., 2020).

No que se refere à avaliação da independência face ao hospital das necessidades, realizou-se a média de respostas “Sim” e “Não”, traduzindo os valores em percentagens.

### Independência

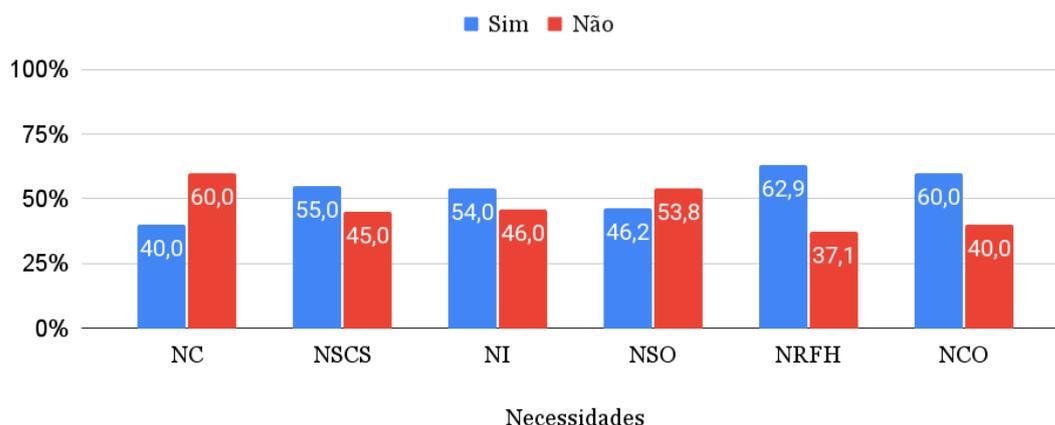


Gráfico 6 - Score médio do nível de independência das necessidades dos pais na Neonatologia.



Com a observação do gráfico 6, conclui-se que a necessidade de recursos físicos e humanos e a necessidade relativas à Criança doente e Outros membros da família são as que os pais consideram que o hospital deveria ajudar a superar, com uma percentagem de respostas de 62% e 60%, respetivamente. Nestas duas categorias é destacada a importância de ser sempre o mesmo enfermeiro encarregue de cuidar das necessidades do filho, bem como, estes terem consciência e compreenderem as necessidades da família.

A hospitalização da criança causa alterações na rotina familiar, porque ocorre o afastamento dos irmãos saudáveis, que são cuidados por outros membros da família.

Bezerra A et al (2021), afirma que os acompanhantes compreendem que a criança doente requer a sua permanência no hospital, mas pensavam que os demais filhos também necessitavam dos seus cuidados e dos quais sentiam saudades.

Salienta-se a importância do enfermeiro de referência para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família.

Relativamente à necessidade de confiar obteve-se um total de 60% de respostas “Não”, na medida em que os pais consideram que o hospital não os deveria ajudar a superar esta necessidade.

### *Estratégias de Enfermagem*

Após a identificação das necessidades parentais durante a hospitalização da criança é importante implementar estratégias, para contribuir para cuidados de saúde qualificados e humanizados.

Inicialmente, é importante estabelecer uma relação pessoal com as crianças e familiares (Loureiro & Charepe, 2021). O enfermeiro de referência contribui de forma positiva para o momento da hospitalização ao oferecer diversas alternativas de suporte familiar. Os pais referem que o ambiente acolhedor, com quartos individuais e espaço para a família, além da presença dos irmãos durante o internamento, são fatores que aliviam o stress (Macedo et al., 2017).

É importante estabelecer-se uma comunicação com a família, fornecendo informações significativas sobre a doença e a hospitalização da criança, porque reduz a ansiedade sentida perante a hospitalização, contribuindo para sua saúde e qualidade de vida (Loureiro & Charepe, 2021). Também é importante incentivar o cuidado da criança pelos familiares durante a hospitalização, através da negociação dos cuidados. Deve existir uma





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

concordância no esclarecimento do seu papel e grau de participação, treinamento e envolvimento dos pais no cuidado. De reforçar a importância dos ensinamentos sobre capacidades parentais e conhecimentos benéficos no cuidado à criança (Macedo et al., 2017). A preparação e explicação sobre o estado de saúde e procedimentos, inclusão no plano de cuidados e orientação sobre a interpretação de sinais de alarme também são mencionados pelos pais (Barros et al., 2021).

Çamur & Karabudak (2020) demonstra os efeitos positivos da participação dos pais no plano de cuidados. Os pais estão dispostos a participar nos cuidados, apesar de se sentirem ansiosos ou receosos. Contudo, ficam mais tranquilos, quando lhes é explicado o que fazer e como fazer. Desta forma, recomenda-se a utilização de materiais visuais para estimular a participação após a explicação do procedimento e observar como é feito.

### **Conclusão**

Em suma, o cuidado de enfermagem em serviços de Pediatria é um processo complexo e desafiante que requer uma abordagem sensível e holística, tanto para a criança hospitalizada quanto para sua família.

A hospitalização infantil é um momento estressante e potencialmente traumático para a criança, que se depara com rotinas e ambientes desconhecidos, além de procedimentos dolorosos. Diante dessa realidade, a presença de um acompanhante é garantida, independentemente da idade ou estado da criança, o que, no entanto, pode trazer desafios adicionais para a família e aumentar a ansiedade e preocupação.

A importância de integrar a família nos cuidados à criança é amplamente reconhecida. Cada família possui um potencial único para oferecer um ambiente de apoio e proteção, fundamental para o crescimento saudável da criança. Portanto, a compreensão das necessidades da família é essencial para implementar estratégias eficazes que otimizem os cuidados à criança e à família simultaneamente. A conscientização dos profissionais de saúde sobre essas necessidades desempenha um papel crucial nesse processo, garantindo que os pais sejam tratados com empatia e respeito durante todo o processo de hospitalização.

Como Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, a abordagem centrada na criança e na família deve ser uma prioridade. Estabelecer uma parceria de cuidados que leve em consideração o binômio criança/família é fundamental para otimizar a saúde da criança e promover uma parentalidade saudável. Nesse sentido, a implementação do





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

"Needs of Parents Questionnaire" é a ferramenta chave, porque permite mapear as necessidades específicas dos pais e implementar estratégias personalizadas para atender a essas necessidades de maneira eficaz.

Em conclusão, os cuidados de enfermagem em serviços de Pediatria devem sempre considerar a criança e sua família como uma unidade interdependente. A hospitalização infantil é um período desafiante para todos os envolvidos, mas também oferece uma oportunidade para profissionais de saúde demonstrarem compaixão, empatia e compreensão das necessidades individuais. A implementação de estratégias ajuda a promover uma abordagem mais precisa e personalizada para atender às necessidades dos pais durante a hospitalização de seus filhos. Dessa forma, podemos contribuir para uma experiência hospitalar mais positiva, fortalecendo os laços familiares e promovendo o bem-estar da criança e da família como um todo.

### ***Referências Bibliográficas***

- Azevêdo A, Júnior A, Crepaldi M. Nursing team, family and hospitalized child interaction: an integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(11):3653–66.
- Bazzan J, Milbrath V, Silva M, Tavares D, Santos B, Thomaz M. EXPERIÊNCIAS FAMILIARES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Rev Online pesquisa: Cuidado é fundamental*. 2020;12:1179–86.
- Hockenberry M, Wilson D. Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9 a . Lusociência; 2014.
- Bezzera A, Marques F, Marcheti M, Luizari M. FATORES DESENCADEADORES E AMENIZADORES DA SOBRECARGA MATERNA NO AMBIENTE HOSPITALAR DURANTE INTERNAÇÃO INFANTIL. *Cogitare Enfermagem [Internet]*. 2021;26. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72634](https://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72634)
- Çamur Z, Karabudak S. The effect of parental participation in the care of hospitalized children on parent satisfaction and parent and child anxiety: Randomizedcontrolled trial. *Internanational Journal of Nursing Practice*. 2020;
- Ferreira L, Oliveira J, Gonçalves R, Elias T, Medeiros S, Mororó D. NURSING CARE OR THE FAMILIES OF HOSPITALIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS. 2019;13(1):23–31.
- Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança Hospitalizada [Internet]. Grupo Medinfar; 1988. Disponível em:

85





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf)

Kristjánsdóttir G. Perceived Importance of Needs Expressed by Parents of Hospitalized Two- to Six-Year-Olds. *Scand J Caring Sci.* 1995;9:95–103.

Loureiro F, Charepe Z. Strategies for increase satisfaction with nursing care in hospitalized children: a Delphi study. *Enfermería Global.* 2021;(62).

Macedo I, Souza T, Oliveira I, Cibeiros S, Morais R, Vieira R. Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2017;70(5):904–11.

Morais R, Souza T, Oliveira I, Montenegro J, Moraes M, Martinez E, et al. A função das redes sociais de famílias de crianças hospitalizadas. *Escola Anna Nery.* 2019;23(4).

Rodrigues J, Fernandes S, Marques G. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde Soc São Paulo.* 2020;29(2).

Silva C. NECESSIDADES DOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NO PÓS ALTA CLÍNICA: EXERCÍCIO DE UMA PARENTALIDADE AUTÓNOMA. [Porto];: INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR; 2011.

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [Internet]. N° 422 2018.

Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf?msclkid=e939b7eac80c11ec97248e0a2493b09f>

86





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **DAR VOZ ÀS MULHERES: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA PROMOÇÃO DOS DIREITOS E DEVERES DAS MULHERES AO LONGO DO CICLO REPRODUTIVO**

Cristiana Amorim<sup>1</sup>

Isabel Santos Silva<sup>2</sup>

### *Introdução*

Este trabalho surgiu como resultado do projeto de formação no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Este projeto permite uma representação mental, transformada em trabalho escrito, com a finalidade de acompanhar o meu crescimento formativo ao longo do curso. É um instrumento que me permite desenvolver a minha capacidade reflexiva e de análise, e também, a possibilidade de evoluir como pessoa e como futura enfermeira especialista.

Este projeto de formação intitula-se de “Dar voz às Mulheres: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na promoção dos direitos e deveres das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo”. Este projeto baseia-se num objetivo geral que é, informar e capacitar a grávida/parturiente/puérpera em relação aos seus direitos e deveres ao longo do ciclo reprodutivo. Delineei também objetivos específicos, tais como: identificar o conhecimento das grávidas/parturientes/puérperas que recorram ao serviço de saúde, sobre os seus direitos e deveres; promover intervenções de enfermagem que proporcionem um maior conhecimento acerca dos direitos e deveres ao longo do ciclo reprodutivo e por fim sensibilizar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) para a promoção dos direitos e deveres das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo.

Considero esta temática extremamente atual e pertinente tanto para as mulheres envolvidas como para as intervenções dos profissionais especializados nesta área. Este tema abrange questões cruciais no que diz respeito à saúde, empoderamento e respeito

<sup>1</sup> Cristiana Amorim (cristianaamorim8031@esscvp.eu)

<sup>2</sup> Isabel Santos Silva (ssilva@esscvp.eu)





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

pelos direitos das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo, tendo assim uma relevância inegável.

O direito à proteção da saúde está consagrado na constituição da república portuguesa, e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade (Serviços de Saúde da RAM, 2013, p.1).

Do ponto de vista das mulheres, a consciencialização sobre os seus direitos e deveres durante o ciclo reprodutivo é essencial, pois, o desconhecimento deixa-as vulneráveis a decisões inadequadas ou desinformadas sobre a sua própria saúde. Ao serem informadas sobre os seus direitos, as mulheres conseguem tomar decisões mais conscientes e participar ativamente no seu processo de cuidado. Isto resulta num empoderamento que reforça a sua autonomia e dignidade, garantindo que sejam tratadas com respeito e consideração em todas as fases do ciclo reprodutivo. Para além disso, quando as mulheres estão cientes dos seus direitos, podem exigir um atendimento digno e de qualidade, contribuindo para uma experiência positiva ao longo desse período (Garrett, 2023; Silva, 2018, p.41-43).

Do ponto de vista das intervenções do EESMO, a defesa dos direitos das mulheres é uma responsabilidade fundamental. Os profissionais especializados em saúde materna e obstétrica têm a tática e o dever profissional de assegurar que as mulheres recebam informações claras, tenham as suas preocupações atendidas e sejam tratadas com dignidade ao longo de todo o ciclo reprodutivo. A implementação de intervenções focadas nos direitos e deveres das mulheres é crucial para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Mulheres informadas e empoderadas tendem a seguir as orientações de saúde de forma mais consciente e consistente, e tomam as decisões de acordo com as suas necessidades e desejos, resultando assim em cuidados mais eficazes e centrados na mulher e família.

Ao longo do ciclo reprodutivo o EESMO atua como um defensor da saúde das mulheres, e trabalha em parceria com elas para garantir que os seus direitos sejam respeitados (Garrett, 2023; Silva, 2018, p.41).

Para além disso, as intervenções do EESMO na promoção dos direitos e deveres das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo acaba por fortalecer os profissionais de saúde, na medida em que, ao reconhecer e promover os direitos das mulheres o profissional de saúde melhora a prática clínica e desenvolve novas capacidades de comunicação. Tudo isto acaba por contribuir para o crescimento profissional e melhoria contínua das intervenções de saúde, capacitando os profissionais a oferecer cuidados de saúde com

88





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

qualidade e humanizados, que atendam as necessidades específicas e individuais de cada mulher e família.

Em suma, as intervenções do EESMO nesta área são essenciais, pois, ao capacitar as mulheres através do conhecimento dos seus direitos e deveres e sensibilizando os profissionais de saúde para esta temática, conseguiremos alcançar cuidados de saúde materna e obstétrica de excelência, garantindo assim a saúde física, psicológica e emocional das mulheres em todas as fases do ciclo reprodutivo.

### ***Metodologia***

Foi realizada uma pesquisa em diferentes bases de dados tais como: a CINAHL Complete, MEDLINE Complete, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Foram utilizados como limitadores de pesquisa, o texto completo de acesso livre, as referências disponíveis, nos idiomas português, inglês e espanhol e a pesquisa foi limitada aos últimos 5 anos.

Foi utilizada como equação de pesquisa [(Pregnant Women OR Pregnancy) AND (Women's Rights OR Reproductive Rights) AND (Moral Obligations) AND (Legislation, Nursing) AND (Reproductive Health) AND (Midwifery OR Nurse Midwives)].

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que abordam os direitos das mulheres grávidas, artigos que abordam os direitos das mulheres no parto e no pós-parto, artigos que abordam os deveres das mulheres na maternidade e artigos que abordam as intervenções do EESMO na promoção dos direitos e deveres das mulheres. Como critérios de exclusão, foram excluídos artigos que abordam os direitos e deveres das mulheres externos ao ciclo reprodutivo, ficando assim com 4 artigos elegíveis.

A pesquisa do projeto foi ainda complementada com artigos de literatura cinzenta, fontes oficiais de referência como a direção geral de saúde, ordem dos enfermeiros, código deontológico, regulamento do exercício profissional do enfermeiro e legislação da assembleia da república.

Como instrumento de recolha de informação foi realizado um guião da entrevista que está dividido em duas partes, a primeira parte (fig.1) faz referência aos dados da gravidez atual e a segunda parte (fig.2) está relacionada com os conhecimentos que a mulher detém acerca dos seus direitos e deveres ao longo do ciclo reprodutivo.





1. **Faixa etária da mulher:**
  - a. Entre os 20-25 anos
  - b. Entre os 26-30 anos
  - c. Entre os 31-40 anos
  - d. > 40 anos.
2. **Número de filhos:**
  - a. Nenhum
  - b. 1 filho
  - c. 2 filhos
  - d. > 3 filhos
3. **Tempo de gestação:**
  - a. Entre as 0-13 semanas
  - b. Entre as 14-26 semanas
  - c. Entre as 27-40/41 semanas
4. **Gravidez vigiada:**
  - a. Sim
  - b. Não
5. **Se sim na pergunta anterior, qual o local de vigilância da gravidez:**
  - a. Centro de Saúde
  - b. Hospital Público
  - c. Hospital Privado
6. **Possui plano de nascimento/plano de parto:**
  - a. Sim
  - b. Não, mas sabe o que é
  - c. Não e não sabe o que é
7. **Tem médico de família:**
  - a. Sim
  - b. Não
8. **Se sim, durante a gravidez está a ser acompanhada pelo médico de família no centro de saúde:**
  - a. Sim
  - b. Não
9. **Durante a gravidez realizaram o preenchimento do boletim de saúde da grávida de acordo com os dados clínicos:**
  - a. Sim
  - b. Não
10. **Durante as consultas pré-natais forneceram-lhe informações relevantes relativamente ao parto, puerpério e preparação para a parentalidade:**
  - a. Sim
  - b. Não
11. **Durante a assistência na gravidez nos serviços de saúde sentiu que foi alvo de violência ou discriminação:**
  - a. Sim
  - b. Não
12. **Tem conhecimento que a grávida é isenta do pagamento de taxas moderadoras:**
  - a. Sim
  - b. Não
13. **Tem conhecimento de que no SNS as consultas e os exames médicos são gratuitos na gravidez:**
  - a. Sim
  - b. Não
14. **Durante a gravidez teve direito a faltar ao trabalho para ir às consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários, sem penalização financeira:**
  - a. Sim
  - b. Não
15. **Tem conhecimento de que tem direito ao abono de família pré-natal a partir da 13ª semana de gestação, no caso de ser residente em Portugal e ter um rendimento mensal que não ultrapassa os 767,92€:**
  - a. Sim
  - b. Não
16. **Tem conhecimento do que é a licença de maternidade:**
  - a. Sim
  - b. Não
17. **Se sim na pergunta anterior, sabe quantos dias de licença é que tem direito durante a gravidez e no pós-parto:**
  - a. Sim
  - b. Não
18. **Sabe que a presença de estagiários só existe com o seu consentimento:**
  - a. Sim
  - b. Não

Fig.1. Primeira Parte do Guião da Entrevista



19. **Conhece os direitos quanto à escolha e permanência do acompanhante no trabalho de parto e parto:**
  - a. Sim
  - b. Não
20. **Tem conhecimento do que é o toque vaginal:**
  - a. Sim
  - b. Não
21. **Tem conhecimento da Manobra de Kristeller:**
  - a. Sim
  - b. Não
22. **Tem conhecimento do que se trata a Episiotomia:**
  - a. Sim
  - b. Não
23. **Se sim na resposta anterior, considera que a Episiotomia deve acontecer em todos os partos via vaginal:**
  - a. Sim, deve acontecer sempre
  - b. Sim, mas apenas quando é necessária
  - c. Não
24. **Sabe qual é a diferença entre um parto eutócico e um parto distócico?**
  - a. Sim
  - b. Não
25. **Tem conhecimento do que são os fórceps e a ventosa utilizados para auxiliar a expulsão do feto:**
  - a. Sim
  - b. Não
26. **Sabe para que é utilizada a oxitocina sintética durante o trabalho de parto:**
  - a. Sim
  - b. Não
27. **Sabe porque é que se realiza o corte tardio do cordão umbilical até que pare de pulsar:**
  - a. Sim
  - b. Não
28. **Sabe que o corte do cordão umbilical pode ser realizado pelo acompanhante:**
  - a. Sim
  - b. Não
29. **Sabe porque é que é importante o contacto pele-a-pele com o bebé após o nascimento:**
  - a. Sim
  - b. Não
30. **Sabe porque é que é importante amamentar na primeira hora de vida:**
  - a. Sim
  - b. Não
31. **No que diz respeito ao parto via vaginal, conhece a posição em que a mulher deve permanecer para a saída do bebé:**
  - a. Deve estar deitada com as pernas apoiadas nas pernas
  - b. Deve ter livre escolha da posição em que se sente mais confortável para parir
32. **Quais as técnicas não farmacológicas que conhece que podem ser aplicadas durante o trabalho de parto e parto para o alívio da dor que conhece:**
  - a. Massagens
  - b. Relaxamento e técnicas de respiração
  - c. Hidroterapia
  - d. TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation)
  - e. Terapia Ambiental (musicoterapia, cromoterapia, aromaterapia)
  - f. Utilização de diferentes posições
  - g. Acupressão
  - h. Hipnose
33. **O que é permitido à mulher fazer durante o trabalho de parto:**
  - a. Apenas repouso
  - b. Andar, dançar e movimentar o corpo como preferir
34. **Sabe qual é o profissional de saúde que assiste num parto eutócico?**
  - a. Médico Obstetra
  - b. Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)
  - c. Não sabe
35. **Tem preferência por qual profissional para a assistir no parto:**
  - a. Médico Obstetra
  - b. Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)
  - c. Não tem preferência
36. **O que espera do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO)?**
  - a. Apenas a competência técnica
  - b. Competência técnica e científica
  - c. Competência técnica, científica, escuta ativa e compreensão.
37. **Já ouviu falar do termo “Violência Obstétrica”:**
  - a. Sim, mas não entendo o que é
  - b. Sim e sei do que se trata
  - c. Não, mas já ouvi falar
  - d. Não e nunca ouvi falar.

Fig.2. Segunda Parte do Guião da Entrevista



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

### *Enquadramento Teórico*

O ciclo gravídico-puerperal representa um marco na vida da mulher que o vivencia com repercussões a nível físico, psicológico e social (Portella, Reis, Aguiar e Diniz, 2000, p.1-2).

Todas as mulheres têm direito a uma gravidez saudável e a um parto seguro, e embora a saúde seja um direito de todos, muitas vezes esse direito é desrespeitado e o acesso ao atendimento é dificultado, e isso acontece muitas vezes porque as mulheres desconhecem os seus direitos e deveres (Portella, Reis, Aguiar e Diniz, 2000, p.1-2).

Os direitos reprodutivos estabelecem-se através de 4 pilares: a integridade corporal, a autonomia pessoal, a igualdade e a diversidade, e o EESMO, especificamente no pré-natal, parto e pós-parto, tem a obrigação e o dever de conhecer e respeitar os direitos reprodutivos femininos (Zorzam e Cavalcanti, 2017, p.13).

Os cuidados prestados atualmente pelo EESMO devem ter em conta as reais necessidades individuais e específicas de cada mulher e é importante que existam escolhas conscientes e informadas sobre todos os aspetos relativos à prestação de cuidados. Deve-se enfatizar o empoderamento da mulher, com o objetivo de fortalecer o conhecimento, a participação e os direitos da mesma no serviço de saúde, no que diz respeito às suas decisões ao longo do ciclo reprodutivo (Santos, 2023; Silva, Rodrigues, Ferreira e Lisboa, 2021, p.31-33).

É necessário que o EESMO desenvolva ações educativas para que exista um processo de empoderamento, proporcionando assim uma maior confiança na relação entre enfermeiro e mulher/casal possibilitando assim o reconhecimento das necessidades, inquietações e inseguranças da mulher (Silva, Rodrigues, Ferreira e Lisboa, 2021, p.15-16).

O EESMO desempenha um papel fundamental ao longo das três etapas essenciais dos cuidados à mulher, desde o período pré-natal até ao período pós-parto. Em cada uma destas fases, o EESMO demonstra competências clínicas, científicas e capacidade de decisão, proporcionando assim um apoio integral e diferenciado às mulheres, famílias e comunidade (DL 391/2019, p.2).

Segundo o Regulamento N.º391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o EESMO tem como competências específicas: no período pré-natal, o EESMO assume a responsabilidade da avaliação clínica da mulher. A sua capacidade de tomar decisões baseadas em conhecimentos clínicos aprofundados permite um diagnóstico diferencial assegurando assim um cuidado personalizado e eficaz. Para além disso, o EESMO reconhece a importância da autonomia da mulher e assegura que a grávida seja informada de forma

92





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

clara sobre todas as opções de cuidados disponíveis, permitindo que ela tome decisões informadas e participativas. O EESMO promove ainda um ambiente de respeito e empatia, permitindo que a grávida seja uma parceira ativa no processo de cuidado, reforçando os seus direitos, ao mesmo tempo que desempenha os seus deveres (DL 391/2019, p.2-3).

Durante o trabalho de parto, o EESMO garante que as mulheres sejam participantes ativas nas decisões relacionadas com os cuidados que recebem, respeitando os direitos fundamentais das mulheres, empoderando-as ao fornecer informações sobre o seu processo de parto e permitindo que elas escolham as opções de cuidados que melhor se adequam às suas necessidades e preferências. Desta forma, o EESMO não promove apenas a saúde física, mas também respeita a autonomia e dignidade das mulheres (DL 391/2019, p.3-4).

Após o parto, o EESMO desempenha um papel crucial na promoção da saúde contínua da mulher e do recém-nascido. É capaz de identificar precocemente quaisquer sinais de complicações e agir ativamente para prevenir potenciais problemas de saúde. Para além disso, fornece cuidados sensíveis e adaptados às necessidades da mulher e do bebé, reconhecendo os desafios únicos que podem surgir neste período de transição (DL 391/2019, p.4-5).

Em suma, é o EESMO que garante o cumprimento dos direitos ao longo do ciclo reprodutivo da mulher, uma vez que é o profissional responsável pela promoção do autocuidado da mulher (em todas as fases da sua vida) e pela sua assistência. É responsável também, pelos cuidados que presta diretamente à mulher e pela identificação precoce de situações de risco que necessitem de outro tipo de cuidados, tornando-o assim um profissional indispensável na garantia do bem-estar materno, fetal e neonatal.

### ***Resultados e Discussão***

O período de recolha dos dados, realizado através do guião da entrevista decorreu desde o dia 20 de março de 2023 até ao dia 21 de julho de 2023. A amostra obtida contemplou um total de 84 grávidas. Estes foram os resultados obtidos até ao momento, contudo, é importante sublinhar que o projeto irá prosseguir até ao final da formação, o que permitirá alcançar resultados mais sólidos, com vista a desenvolver, num futuro breve, um trabalho de investigação-ação que avalie a eficácia da intervenção do EESMO neste âmbito específico.





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Até ao momento dos dados obtidos foi possível perceber que 69% das grávidas não tinham médico de família. Segundo o Decreto-Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, todas as grávidas devem ter assegurada a atribuição de um médico de família, e caso não seja possível devem ter acesso prioritário na prestação de cuidados de saúde (DL 110/2019, p.4).

Foi possível constatar que 65% das grávidas não realizaram e não sabiam o que são os cursos de preparação para o parto e parentalidade e segundo o Decreto-Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, todas as grávidas têm direito a informação em saúde sexual e reprodutiva, cuidados pré-natais seguros e apropriados e acesso a cursos de preparação para o parto e parentalidade (DL 110/2019, p.4).

Percebeu-se que 62% das grávidas não realizaram plano de parto e não tinham conhecimento do que se trata e que 62% das grávidas consideraram não ter ficado esclarecidas nas consultas do centro de saúde acerca de questões sobre gravidez e parentalidade. Segundo o Decreto-Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, todas as grávidas têm direito ao acesso a informações relevantes sobre todo o processo (parto, puerpério, parentalidade) tanto em consulta individual como nos cursos de preparação para o parto e têm ainda direito a um plano de nascimento/parto que deve contemplar práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos, que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança. A grávida tem o direito, inclusive durante o trabalho de parto, de modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento (DL 110/2019, p.5).

Percebeu-se ainda que 92% das grávidas não sabia diferenciar as competências de um enfermeiro generalista das de um enfermeiro especialista. Considera-se importante que as grávidas consigam distinguir, pois, enquanto que um enfermeiro generalista possui uma base ampla de conhecimento e habilidades para atender a uma variedade de pessoas e situações de saúde, um enfermeiro especialista concentra-se numa área específica da enfermagem, o que lhe confere um conjunto mais profundo e especializado de competências.

Foi possível saber ainda que 78% das parturientes não tinham conhecimento do que é a manobra de kristeller, 44% das mulheres consideraram que a episiotomia nunca deve acontecer num parto vaginal, 26% das mulheres acharam que a única posição para parir é deitada com as pernas nas perneiras e 6% consideraram que têm que estar em repouso. Verificou-se ainda que 55% das mulheres não sabia qual era o profissional que a assistia

94





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

num parto eutócico e 39% tinham preferência que o parto fosse assistido pelo médico. As técnicas mais conhecidas para o alívio da dor foram a medicação analgésica com 33% e as massagens com 22%, e a menos conhecida foi o electroestimulador (TENS) com apenas 1%.

O momento do trabalho de parto e parto é, em geral, para todas as mulheres, um momento único, independentemente do número de filhos que já tenha tido anteriormente. Ao longo do trabalho de parto a mulher tem uma grande expectativa e o sofrimento físico é intensificado pela tensão nervosa e pelo medo. É um momento da vida da mulher em que ela se encontra numa situação de maior vulnerabilidade devido às dores, desconfortos físicos, ansiedade, dúvidas e receios, podendo provocar sentimentos negativos que influenciarão prejudicialmente o desfecho do parto (Mourato, 2015, p.19). Ao longo do trabalho de parto e parto o EESMO tem o dever de prestar uma atenção individualizada à mulher, uma assistência humanizada, pois, deve ser capaz de escutar as suas necessidades, não deixando de valorizar as suas histórias de vida, os aspetos sociais, psicológicos e emocionais (Silva, Nascimento e Coelho, 2015, p.427).

Para que haja autonomia da mulher, as relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as parturientes devem ser livres de coerção. O cuidado fornecido deve ser menos autoritário para que as mulheres consigam tomar uma decisão com liberdade, sem medo de julgamentos ou rótulos que possam receber por parte da equipa de saúde. É importante que consigam chegar a um acordo mútuo sobre quais as melhores práticas e intervenções quer para a mãe quer para o bebé, sem se sentirem intimidadas diante o autoritarismo profissional, contudo, para que exista esta autonomia por parte da mulher para a realização de uma escolha consciente, o profissional de saúde tem o dever de fornecer informações corretas com base em evidência científica, para assim conseguir ajudar as mulheres a adquirirem e desenvolverem conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento necessário para que possam assumir a responsabilidades das suas próprias decisões. Para que a educação em saúde seja transformada numa tomada de consciência crítica e com autonomia, é preciso existir a presença da comunicação por meio de diálogo aberto e escuta ativa (Silva, Nascimento e Coelho, 2015, p.429).

### **Conclusão**

A Enfermagem é uma profissão onde tem que se estar constantemente em formação adquirindo diversos conhecimentos e competências, pois, perante situações complexas





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

sentimos a necessidade de realizar uma análise reflexiva e desenvolver e atualizar as nossas competências para fazer face a essas vivências.

Através da realização deste projeto foi-me possível adquirir mais conhecimentos acerca da temática da intervenção do EESMO na promoção dos direitos e deveres das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo. Aprofundar esta temática permitiu-me abrir novos horizontes, permitindo também um crescimento a nível pessoal e profissional. Considero que o EESMO tem o dever de respeitar a dignidade da mulher e as suas necessidades físicas e psicológicas, demonstrando uma atitude acolhedora, disponibilizando-se para a escutar, assistir e esclarecer dúvidas, incertezas e receios. Deve também promover uma atenção diferenciada e individualizada, respeitando os direitos da mulher e a sua tomada de decisão. É urgente informar e capacitar as mulheres sobre a temática para que as mesmas se sintam capazes e seguras dos cuidados que lhes são prestados.

Hoje em dia, são muitas as mulheres que manifestam o seu interesse em participar ativamente na gravidez e no processo de nascimento, através da sua inclusão no processo de tomada de decisão, com o intuito de escolherem as opções mais vantajosas para si próprias e intervenientes envolventes (acompanhante por exemplo), por esse motivo considero também essencial abordar este tema junto dos profissionais de saúde para que não seja um problema/carência de conhecimentos que se perpetue.

Depois de ter desenvolvido este projeto chego à conclusão que há uma necessidade por parte dos profissionais de saúde de abandonar as intervenções desnecessárias, a tecnologia e a comodidade em detrimento do bem-estar da mulher. Torna-se importante capacitar a mulher e contribuir para o empoderamento da mesma, para que seja a protagonista ao longo da gravidez, no trabalho de parto, parto e pós-parto, principalmente nas consultas de vigilância pré-natal que é onde começa este acompanhamento, fornecendo informações, minimizando os medos e ansiedades e empoderando-as sobre os seus direitos e deveres ao longo do ciclo reprodutivo. Para tal, o EESMO necessita de desenvolver competências científicas, relacionais e técnicas que permitam o desenvolvimento desta temática no âmbito da promoção e da educação para a saúde.

A segurança da mulher tem sido motivo de preocupação, uma vez que estas são sujeitas a vários danos e riscos físicos, sociais e/ou psicológicos. É extremamente importante que se consiga garantir a realização de intervenções obstétricas de acordo com a evidência científica e legislação em vigor, visando o respeito pelos direitos humanos, promovendo o empoderamento da mulher.

96





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Com a realização deste projeto foi possível entender o contributo da intervenção do EESMO na promoção dos direitos e deveres da mulher ao longo do ciclo reprodutivo. Este projeto contribui assim para a aquisição de competências para promover o empoderamento da mulher, e contribui também para a sensibilização dos EESMO para a temática e para a reflexão e prática de cuidados de qualidade, que impreterivelmente se encontram associados à satisfação da mulher.

Em suma, considero que o EESMO, integrado na equipa multidisciplinar, tem a função de garantir que a experiência da gravidez, parto e pós-parto é considerada positiva, indo ao encontro das expectativas, crenças e vivências da mulher, respeitando sempre a sua tomada de decisão em qualquer momento. Tendo presente que a competência é um fenómeno evolutivo que carece de tempo e experiências que se vão adquirindo, enquanto futura EESMO, vislumbro a necessidade de dedicação, perseverança, até atingir a excelência no cuidar.

### *Referências Bibliográficas*

Serviços de Saúde da RAM. (2013, agosto 4). Direitos e Deveres do utente dos Serviços de Saúde. Recuperado de [https://www.sesaram.pt/portal/images/ficheiros/Anexos/Direitos\\_e\\_Deверes/Direitos\\_e\\_Deверes\\_do\\_Utente\\_Portugues.pdf](https://www.sesaram.pt/portal/images/ficheiros/Anexos/Direitos_e_Deверes/Direitos_e_Deверes_do_Utente_Portugues.pdf)

Garrett, A. (2023). O Papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto. [Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia]. Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45043/1/MESMO\\_4465\\_original.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45043/1/MESMO_4465_original.pdf)

Silva, S. (2018). Literacia em Saúde Materna: uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto. [Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia]. Recuperado de [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=66688&codigo=173](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=66688&codigo=173)

Portella, A., Reis, D., Aguiar, R., & Diniz, S. (2000). Gravidez saudável e parto seguro são direitos da mulher. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Recuperado de <https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/116/gravidezsaudavel.pdf>

97





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

Zorzam, B., & Cavalcanti, P. (2017). Direitos das mulheres no parto. Conversando com profissionais de saúde e do direito. Recuperado de <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direito-mulheres-parto.pdf>

Santos, A. (2023). Relatório de Estágio. [Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica]. Recuperado de [https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id\\_ficheiro=134491&codigo=878](https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=134491&codigo=878)

Silva, R., Rodrigues, E., Ferreira, R., & Lisboa, T. (2021). A atuação do enfermeiro no parto humanizado e na luta contra violência obstétrica. Recuperado de <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31492/pdf>

Assembleia da República. (2019). Decreto-Lei n.º 391/2019. Diário da República: 2.ª Série, n.º 85. Recuperado de [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2019/Maio/Regul\\_391\\_2019.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2019/Maio/Regul_391_2019.pdf)

Fonseca, A. (2013). Cuidados de Enfermagem centrados nas expectativas da mulher sobre a sua participação no nascimento. [Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia]. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15841/1/Relatório%20de%20Mestrado%20ESMO.pdf>

Assembleia da República. (2019). Decreto-Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro. Diário da República: 1.ª Série, n.º 173. Recuperado de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>

Mourato, C. (2015). Preparação para a parentalidade: intervenções do EESMO que contribuem para uma parentalidade saudável [Tese de mestrado]. ESEL. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16406/1/Relatório%20de%20Estágio-Cláudia%20Mourato.pdf>

Silva, A. L. S., Nascimento, E. R., & Coelho, E. A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(3), 520-526. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ean/a/PrSr6ZHtDC3p8Lc8vxLtgpl/?format=pdf&lang=pt>

98





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

## O SONO E A PARENTALIDADE POSITIVA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CRIANÇA DOS 0-5 ANOS

Joana De Turck Nunes<sup>1</sup>

Graça Moraes Rocha<sup>2</sup>

A promoção do sono no contexto das famílias é considerada uma meta importante para a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados. Estima-se que entre 20% e 50% das crianças estejam em risco de desenvolver problemas de sono em algum momento do seu desenvolvimento, o que pode afetar negativamente a qualidade de vida de todos os membros da família (Perpétuo et al., 2021; Sadler et. al.; 2020; World Health Organization [WHO], 2004). Através do apoio à família nos momentos de mudança e indo ao encontro das suas reais necessidades que o enfermeiro intervém para a aquisição e desenvolvimento de competências parentais, nomeadamente para a promoção do sono saudável da criança com vista a uma parentalidade positiva (WHO, 2019; Hall et al., 2019; Ritmala et. al, 2022).

Considerando a família como um sistema aberto, esta é influenciada pelo ambiente interno e externo, onde as relações interpessoais ao mesmo tempo que conferem coesão e estabilidade ao sistema familiar podem também causar flutuações que levam ao seu desequilíbrio (Brown et al., 2021; Lee et al., 2021; WHO, 2019). As intervenções preventivas, como a educação dos pais e profissionais para esta temática demonstram ser o caminho para minimizar este problema (Finkel et al., 2022; Preuhs, 2022). Essa é uma recomendação da OMS em crianças até aos 5 anos de idade, apontada em programas de saúde atuais como as *guidelines* de 2019 sobre a prática de atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade e no programa *Improving early childhood development* de 2020 (WHO, 2019; WHO, 2020). Estes dois programas defendem que as intervenções preventivas nesta faixa etária revelam-se uma oportunidade crucial ao aumento de ganhos em saúde para toda a família, já que a primeira infância é vista como um período de rápido desenvolvimento físico e cognitivo

99

<sup>1</sup> Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESSCVP; Enfermeira no Hospital Central do Funchal; joananunes8084@esscvp.eu

<sup>2</sup> Professora Adjunta na ESSCVP; Mestre em Ciências da Educação; Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; mrocha@esscvp.eu





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

e um período durante o qual os hábitos da criança são formados e os hábitos familiares encontram-se abertos a mudanças e adaptações (WHO, 2019). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, marca presença e acompanha a criança/família ao longo da sua vida, assumindo desta forma um papel essencial na promoção do sono e no desenvolvimento de estratégias que permitam aos pais melhorar a qualidade do sono dos seus filhos e, conseqüentemente, a qualidade de vida de todos os elementos do agregado familiar (OE, 2018; Jeon et al., 2021; Kidwell et al., 2019; Yoshizaki et al., 2020)

Os problemas de sono na infância têm sido referidos, na literatura, como uma das preocupações mais comuns relatadas pelos pais e frequentemente associados a *stress*, ansiedade, preocupações, incertezas/pensamentos difíceis e medo (Brown et al., 2021). A privação do sono dos pais, por sua vez, tem sido associada a menor capacidade de concentração, de resolver problemas, de receber informações e de atender às reais necessidades da criança, comprometendo o seu desempenho parental (Yoshizaki et al., 2020; Yoong et al., 2019). Neste sentido, a ação do enfermeiro deve ser realizada segundo a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, onde as intervenções desenvolvidas no âmbito da prática de cuidados visam a aquisição e desenvolvimento de competências parentais que promovam o desenvolvimento saudável da criança, impulsionando a criação de respostas positivas às transições vivenciadas pela família e encorajando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde por toda a família (Mendes. M & Martins. M, 2012). Estas por sua vez, vão permitir o desenvolvimento e crescimento infantil equilibrado e estável, num ambiente harmonioso que atenda às necessidades da criança, onde a preparação dos pais, através da educação parental os tornará mais conhecedores, competentes e resilientes para lidar com os desafios inerentes ao desenvolvimento da criança, como é o sono infantil, fortalecendo o seu papel parental de forma positiva (Ash et al., 2021).

A capacitação parental para a promoção do sono saudável e o exercício de uma parentalidade positiva, irá estimular a autonomia e crescimento saudável da criança. O empoderamento dos pais é adquirido por meio de orientações antecipatórias e implementação de intervenções de enfermagem individualizadas que ao serem aplicadas proporcionam um ambiente familiar emocionalmente saudável onde a saúde dos pais e o seu bem-estar também é estimulado (WHO, 2019; Hall W. 2019). Esta abordagem, por sua vez, possibilita um ambiente relacional mais positivo para a criança e isso contribuirá para maximizar a sua saúde e o seu desenvolvimento saudável.

100





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Neste estudo, utilizou-se uma metodologia de investigação-ação, desenvolvida ao longo dos vários contextos de estágio do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em que os conhecimentos teóricos obtidos por meio de uma revisão atual e científica da literatura sobre o sono infantil possibilitaram a implementação de intervenções/estratégias nos cuidados de enfermagem que contribuíram para a excelência do cuidado em pediatria, impulsionando o exercício de uma parentalidade positiva com ganhos em saúde para toda a família.

As intervenções de Enfermagem guiadas pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e pelo modelo de Transições de Afaf Meleis, direcionadas às famílias, tiveram como finalidade a implementação de medidas de higiene do sono e estratégias recomendadas para o estabelecimento da autorregulação na criança dos 0-5 anos onde a educação parental assumiu o foco dos cuidados de enfermagem desenvolvidos (Tomey & Alligood, 2004).

A criação de um ambiente favorecedor do sono que promova o desenvolvimento saudável da criança, bem como o envolvimento dos pais na adoção de comportamentos que sejam potenciadores da saúde, é essencial ao desenvolvimento de um ambiente saudável, onde o empoderamento ativo dos indivíduos na promoção da sua saúde é visto como oportunidade no seio dos cuidados de enfermagem (DGS 2013).

A saúde do sono das crianças tem vindo a focar-se na sua qualidade e quantidade, sabendo-se que o sono é um fator crucial ao desenvolvimento da criança e da sua regulação emocional, tendo implicações também na saúde e bem-estar dos pais (Brown et al., 2021; Angelhoff et al., 2020). A hospitalização, por sua vez, quer pelo processo de doença, quer pela alteração das suas rotinas ou mesmo por fatores ambientais, leva a uma frequente interrupção do sono, onde os despertares noturnos frequentes podem levar a um sono fragmentado e comprometer a qualidade do mesmo (Lee et al., 2021; Ritmala et al., 2021; Oliveira & Ferreira, 2014).

Através da prática clínica constatou-se que a disponibilização de informações sobre a rotina noturna da enfermaria, a segurança sobre a situação clínica da criança e a identificação do responsável pelos cuidados da criança durante o turno, tiveram impacto positivo no descanso dos pais, uma vez que reduziram a incerteza e a imprevisibilidade dos cuidados que iriam ser prestados à criança. Essa divulgação de informações aos pais permitiu diminuir a sua ansiedade e promover a sua participação nos cuidados da criança ao longo da hospitalização. Se o sono se visa essencial à recuperação da criança é fundamental que a saúde daqueles que cuidam dela seja preservada.

101





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Reconhecendo que o sono infantil tem implicações em toda a família, foram também explorados os fatores que exercem influência no sono da criança, permitindo adequar as intervenções de enfermagem às especificidades da família (Crous & North, 2021). Nomeadamente, os fatores parentais, onde estão incluídas as práticas parentais e a relação interativa de pais-filhos e os fatores ambientais onde se integra a composição do agregado familiar e as suas rotinas, como é apontado num estudo realizado em 2021 (Perpétuo et al., 2021). A avaliação destes fatores visou-se essencial no planeamento e adequação do plano de saúde da criança, resultando numa intervenção personalizada junto de cada família.

A avaliação da estrutura familiar por meio da realização do ecomapa, genograma e aplicação da escala Apgar familiar, onde a avaliação dos fatores parentais, incluindo a avaliação da satisfação do exercício parental, desempenhou um papel crucial na identificação das necessidades dos pais e no planeamento e desenvolvimento de intervenções individualizadas à criança/ família. A presença dos pais no momento do cuidar proporcionou momentos de aprendizagem, onde foi possibilitada a instrução e contra instrução de estratégias de autorregulação e promotoras do sono da criança, promovendo a autonomia da criança e a independência dos pais no cuidar da mesma. Esta oportunidade revelou-se essencial na aquisição de conhecimentos por parte dos pais e no desenvolvimento de habilidades essenciais no reconhecimento das reais necessidades da criança, otimizando o desenvolvimento de um papel parental mais positivo. Esta intervenção é apoiada por um estudo realizado 2021, onde é salientada a necessidade expressa dos pais terem acesso a informação sobre o sono infantil e as estratégias a implementar, reforçando que este tipo de conhecimento confere maior segurança e autonomia, fortalecendo o seu desempenho parental (Kitsaras et al., 2021). Este conhecimento poderá também ser adquirido por meio de sessões de educação para a saúde destinadas aos pais e crianças (0-5 anos), dinamizadas em contexto hospitalar ou na comunidade. Nestas sessões, além de se adquirem conhecimentos teóricos sobre o sono infantil e de se sensibilizar os pais para a importância da adoção de medidas de higiene do sono, é benéfico ser preconizado o desenvolvimento de espaços onde sejam instruídas e praticadas estratégias de autorregulação na criança.

A implementação de intervenções de enfermagem desenvolvidas para promover a higiene do sono da criança dos 0-5 anos com vista ao desenvolvimento de um padrão de sono saudável foram realizadas de forma sistematizada, guiadas em seis categorias: 1) promover um ambiente de sono seguro, 2) favorecer o conforto na hora de dormir 3)

102





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

potenciar um sono individualizado, 4) implementar medidas ambientais, 5) implementar medidas dos profissionais e 6) avaliar o sono da criança.

Na primeira categoria foi preconizado um ambiente escurecido, silencioso, com temperatura amena e seguro, atendendo às recomendações da Associação Americana de Pediatria e Sociedade Portuguesa de Pediatria (Moon et al.; 2022). Os pais/cuidadores foram alvo de ensino destas orientações, sensibilizados para a importância da sua execução e supervisionados pelo enfermeiro. No que se refere à segunda categoria, o enfermeiro garantiu a satisfação das necessidades da criança antes do momento de dormir, procedendo à avaliação dos seguintes critérios: Relação mãe/pai-filho - atendendo aos princípios de um parentalidade consciente (avaliando o estado emocional da mãe/pai no momento de colocar o filho a dormir, proporcionando apoio emocional, esclarecendo dúvidas e desenvolvendo estratégias facilitadoras ao sono da criança de forma individualizada); avaliação da dor - mobilizando escalas de dor apropriadas ao desenvolvimento da criança e aplicando estratégias não farmacológicas de acordo com as preferências da criança/família, em caso de dor, permitindo que a criança não se encontrasse com dor no momento de dormir e não despertasse do sono por essa razão. Nesta categoria foi também avaliada a ingestão nutricional da criança com a finalidade que a mesma não apresentasse fome/sede no momento de dormir e não despertasse do sono por esse motivo. De forma, a aproximar o ambiente hospitalar do ambiente de casa, os pais foram incentivados a trazerem de casa um objeto de ligação que confortasse a criança no momento de dormir.

No que respeita à categoria de potenciar um sono individualizado, os pais foram apoiados na manutenção dos hábitos de sono do domicílio durante a hospitalização, a sua presença no momento de dormir, *bedside carer*, incentivada como elemento atenuante do impacto da hospitalização e manutenção do seu desempenho parental. Neste sentido, foi realizada uma breve avaliação dos fatores da criança, parentais e ambientais que poderiam exercer influência no sono da criança e promovidas estratégias de higiene do sono tendo em conta a idade da criança e suas preferências. Nos latentes o recurso a estratégias de autorregulação como o método dos 5'S revelou-se uma ferramenta essencial.

A categoria que se segue: implementar medidas ambientais, envolveu a sensibilização dos profissionais para a promoção de um ambiente com menos ruído e hiperestimulado no momento da sesta e no período noturno, através da diminuição do volume dos alarmes, dos telefones do serviço, diálogos dos profissionais e dos pais bem como a redução da luminosidade, promovendo um ambiente favorecedor do sono da criança.

103





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Relativamente às medidas dos profissionais com intuito de melhorar o sono das crianças hospitalizadas, a transmissão de informação sobre o diagnóstico clínico e evolução da criança, o agrupamento dos procedimentos de enfermagem e a sua realização, sempre que possível, fora dos períodos de descanso da criança e num ambiente terapêutico propiciaram o sono da criança, a sua regulação emocional e o bem-estar dos pais. A organização das enfermarias tendo em conta a idade e o diagnóstico da criança, por apresentarem necessidades de sono semelhantes, quer pela sua faixa etária ou pelos cuidados que se prevêem necessários durante a hospitalização também se revelou uma intervenção benéfica à promoção do sono da criança e ao exercício de uma parentalidade positiva ao longo do internamento da criança.

Os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são detentores de um elevado nível de conhecimento e habilidades na sua área de intervenção. No entanto, para que se mantenham a desempenhar as suas funções com elevada qualidade, é necessário adquirirem conhecimentos através de uma formação contínua que sustente a sua prática. Aquando da realização do diagnóstico de situação deste estudo, identificou-se uma lacuna de conhecimentos na área do sono infantil e a inexistência de instrumentos orientadores da prática dos enfermeiros para a promoção do sono da criança. Neste sentido, foram desenvolvidas orientações referentes às medidas de higiene do sono e estratégias de autorregulação na criança dos 0-5anos que se refletiram na criação de instrumentos de suporte à prática clínica dos enfermeiros, no âmbito da promoção do sono em crianças de 0-5. Este conhecimento foi reforçado nas sessões de formação destinadas aos enfermeiros que foram realizadas nos diferentes contextos de atuação clínica do mestrado, após prévio diagnóstico das necessidades e realidade de cada contexto, onde a sensibilização dos profissionais para essa temática demonstra ser crucial a um cuidado de excelência em pediatria.

A aquisição e consolidação de novos conhecimentos na área do sono infantil permitirá aos enfermeiros, no âmbito da prática clínica, implementar estratégias que favorecerão uma intervenção individualizada no que concerne ao sono da criança e sua autorregulação. Isso contribuirá para maximizar a saúde da criança e o desenvolvimento saudável, além de potenciar o bem-estar da família e dotar os pais de competências e habilidades que se traduzirão na adoção de comportamentos promotores da saúde para toda a família, refletindo a realização de uma parentalidade positiva.

Reconhecido o papel fundamental da família na vida da criança, os cuidados de enfermagem prestados ao binómio criança-família assumem, no âmbito de uma parceria

104





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

nos cuidados, o respeito e a veracidade na partilha de informações, a colaboração e a capacidade de negociação adequando as intervenções de enfermagem às especificidades da criança e às preferências da família, dando lugar a uma tomada de decisão conjunta e informada que visa o aumento da satisfação no cuidado à criança. Por essa razão, a inclusão da promoção do sono no plano de cuidados de enfermagem da criança deve ser realizada de maneira personalizada, constituindo-se como uma ferramenta valiosa tanto para os pais quanto para os enfermeiros, reconhecendo as necessidades de sono das crianças como um elemento fundamental para o seu desenvolvimento saudável, onde o desenvolvimento de habilidades parentais para lidar com a problemática do sono infantil são essenciais para um desempenho parental positivo. Ao longo deste processo foi possível reconhecer o papel crucial que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica pode desempenhar na promoção do sono infantil e potenciar o desempenho de um papel parental com evidentes ganhos em saúde para toda a família.

### ***Referências Bibliográficas***

- Angelhoff, C., Sjølie, H., Mörelius, E., & Løyland, B. (2020). "Like Walking in a Fog" — Parents' perceptions of sleep and consequences of sleep loss when staying overnight with their child in hospital. *Journal of Sleep Research*, 29(2).
- Ash, T., Taveras, E. M., Redline, S., Haneuse, S., Quante, M., & Davison, K. (2021, 6 de maio). Contextual and Parenting Factors Contribute to Shorter Sleep Among Hispanic/Latinx Compared to Non-Hispanic White Infants. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(5), 424–435.
- Brown, S. M., Lunkenheimer, E., LeBourgeois, M., & Heilman, K. (2021, dezembro). Child maltreatment severity and sleep variability predict mother–infant RSA coregulation. *Dev Psychopathol*, 33(5), 1747–1758
- Crous, E.C., & North, N. (2021). Sleep promotion for hospitalised children: Developing an evidence-based guideline for nurses. *Curationis*, 44(1). <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/2219>
- Finkel, M. A., Troller-Renfree, S. V., Meyer, J. S., & Noble, K. G. (2022). Co-Rooming Accounts for Socioeconomic Disparities in Infant Sleep Quality among Families Living in Urban Environments. *Children*, 9(10), 1429.

105





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Hall, W. A., Biletski, J., Hunter, D. L., Lemay, S., Ou, C., & Rempel, L. (2019, dezembro). Dissemination of evidence-based interventions for pediatric sleep disorders – The Niagara project: process and outcomes. *Sleep Medicine*: X, 1, 100001.

Jeon, M., Dimitriou, D., & Halstead, E. J. (2021). A Systematic Review on Cross-Cultural Comparative Studies of Sleep in Young Populations: The Roles of Cultural Factors. *IJERPH*, 18(4), 2005.

Kidwell, K. M., McGinnis, J. C., Nguyen, A. V., Arcidiacono, S. J., & Nelson, T. D. (2019, 3 de julho). A pilot study examining the effectiveness of brief sleep treatment to improve children's emotional and behavioral functioning. *Children's Health Care*, 48(3), 314–331.

Kitsaras, G., Goodwin, M., Allan, J., Kelly, M. P., & Pretty, I. A. (2021, 26 de agosto). Bedtime Routine Characteristics and Activities in Families with Young Children in the North of England. *IJERPH*, 18(17), 8983.

Lee, Savage, Wilson, et al. (2021). Sleeping Safely! A Quality Improvement Project to Minimize Nighttime Interruptions without Compromising Patient Care. *PQS*, 6(3), 404. Disponível em: [URL do PubMed Central]. Acessado em 24 de abril de 2022.

Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6). Disponível em:

<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19941/3/Parceria%2520nos%2520cuidados%2520de%2520enfermagem%2520em%2520pediatria.pdf>

Moon, R. Y., Carlin, R. F., Hand, I., The Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, & The Committee on Fetus and Newborn. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150(1), e2022057990.

Oliveira & Ferreira (2014). Ambiente das Enfermarias Pediátricas Favorece o Sono das Crianças? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 82-89.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (nº 422). Recuperado de

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf?msclkid=e939b7eac80c11ec97248e0a2493b09f>.

Perpétuo, C., Diniz, E., & Veríssimo, M. (2021). A Systematic Review on Attachment and Sleep at Preschool Age. *Children*, 8(10), 895.

106





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

- Preuhs, K., van Keulen, H., Andree, R., Wins, S., & van Empelen, P. (2022). A Tailored Web-Based Video Intervention (ParentCoach) to Support Parents With Children With Sleeping Problems: User-Centered Design Approach. *JMIR Formative Research*, 6(4), e33416.
- Ritmala, E., Salanterä, S., Holm, A., Heino, T., Lundgrén, E., & Koivunen, M. (2022). Sleep improvement intervention and its effect on patients' sleep on the ward. *Journal of Clinical Nursing*, 31(1/2), 275-282. Disponível em: CINAHL.
- Sadler, L. S., Banasiak, N., Canapari, C., Crowley, A. A., Fenick, A., O'Connell, M. (2020). Perspectives on Sleep from Multiethnic Community Parents, Pediatric Providers, and Childcare Providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 41(7), 540-549.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Téóricas Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5a ed.). Lusodidacta.
- World Health Organization. (2004). WHO technical meeting on sleep and health: Bonn Germany, 22–24 January 2004. Acedido em 5 de novembro de 2022.
- World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.
- World Health Organization. (2020). Improving early childhood development: WHO guideline. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331306>
- Yoong, S. L., Grady, A., Stacey, F., Polimeni, M., Clayton, O., Jones, J. (2019). A pilot randomized controlled trial examining the impact of a sleep intervention targeting home routines on young children's (3–6 years) physical activity. *Pediatric Obesity*, 14(4). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijpo.12481>
- Yoshizaki, A., Mohri, I., Yamamoto, T., Shiota, A., Okada, S., Murata, E. & Taniike, M. (2020). An Interactive Smartphone App, Nenne Navi, for Improving Children's Sleep: Pilot Usability Study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 3(2), e22102.

107





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

## **EUGENIA, RACISMO, SAÚDE, DESENVOLVIMENTO, BIOLOGIA SOCIAL E GUERRA FRIA: A CIÊNCIA EM DEBATE. A IMPORTÂNCIA DO DEBATE EUGÊNICO ALÉM DA VISÃO NAZIFASCISTA DO PÓS SEGUNDA GUERRA: OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS**

Paulo Cesar de Almeida Barros Lopes<sup>1</sup>  
Maria Helena de Oliveira Pereira de Carvalho<sup>2</sup>

### *Introdução*

Quando se ouve ou se lê a palavra eugenia, o personagem que provavelmente aparece na mente da maioria das pessoas é Adolf Hitler. Isso se deve por conta do regime nazista, comandado por Hitler na Alemanha, se caracterizar por uma tentativa de criar a sociedade ‘perfeita’, na qual, as pessoas que não se enquadrassem na descrição ‘ariana’ fossem eliminadas. As experiências cruéis realizadas neste período, demonstram sua obsessão em alcançar uma raça pura. A eugenia ficou conhecida, principalmente de forma negativa, por conta das ações dos nazistas durante a segunda guerra mundial. Nancy Stepan (2005), chamou a eugenia nazista de revoltante, de perversão da ciência e da moral, porque o conceito eugênico nazista, de acordo com ela, esterilizou 1% da população da Alemanha, além de combinar ideologias biomédicas, políticas e raciais, de forma maligna.

Analisando com a ‘lupa’ da pesquisa, o movimento eugênico, mesmo que não caracterizado, remonta ao tempo de Thomas Malthus com o desenvolvimento das suas teorias a respeito do crescimento demográfico, que coincide com um período de grande transformação tecnológica na Inglaterra, a Revolução Industrial (1760-1840). A teoria populacional malthusiana indicava que o crescimento populacional, entre 1785 e 1790, havia dobrado por causa do aumento da produção de alimentos, das melhorias no combate às doenças e das condições sanitárias relacionadas aos trabalhadores. Malthus entendia que a capacidade de criar alimentos e produtos direcionados à subsistência humana crescia de forma aritmética, linear, enquanto a população aumentava em

108

<sup>1</sup> Mestrando em História das Ciências e da Saúde- FIOCRUZ-COC E-mail paulo.barros@aluno.fiocruz.br

<sup>2</sup> Mestre em Humanidades, Culturas e Arte - UNIGRANRIO. E-mail: mariahelenacarvalho@gmail.com





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

proporção geométrica, não linear. Malthus não teve a oportunidade de viver nos nossos dias, tudo que ele falou, foi colocado por terra justamente porque a capacidade de produção aumentou com o advento da tecnologia, mesmo assim, milhões de pessoas passam fome e morrem por causa dela. (LEME, 2021).

Haveria um descompasso entre o crescimento populacional e o da capacidade de produção de produtos necessários para manter a existência humana. De acordo com a teoria malthusiana, a natalidade deveria ser controlada através da abstinência sexual e pela diminuição dos casamentos, no entanto, esse controle deveria ser voltado para as pessoas pobres. Por conta desta teoria, as práticas eugênicas já estavam sendo propostas no final do século XVIII, sendo aplicadas no contexto social, porque o fator considerado por Malthus para determinar o controle populacional, além de estar voltado piamente para uma classe social vulnerável, poderia ser chamado, dentro do nosso ponto de vista, de uma prática eugênica, mesmo que Malthus não tivesse e essa intenção.

Immanuel Kant foi um pouco mais além do pensamento de Malthus, naquilo que classificamos como eugenia racial. Kant elencou a raça branca como superior, colocando os negros, índios e orientais como raças inferiores (VALERO, 2019). Um século depois, o intelectual político mexicano Francisco Bulnes realizou uma reclassificação do conceito hierárquico de raças feito por Kant de uma forma diferente. Bulnes destacou a ideia da raça do trigo, a raça do arroz e a raça do milho. A ideia de eugenia de Bulnes poderia estar ligada à questão da alimentação (VALERO, 2019).

Considerado no contexto eugenista neste ensaio, o racismo científico inaugurado por Charles Darwin, na segunda metade do século XIX denota que os negros estariam como intermediários no organograma da existência dos seres humanos. Para Darwin, pelo fato de os negros estarem numa posição de inferioridade, eles seriam extintos posteriormente (NAICKER, 2012).

Francis Galton (1822-1911), instituiu uma definição sobre o significado de eugenia, na qual estaria ligada ao estudo do controle social, bem como as qualidades raciais inseridas no contexto físico/mental. O pensamento de Galton foi o conceito de eugenia adotado além de seu país, a Inglaterra, em vários países, como os EUA, Alemanha e Suécia (NAICKER, 2012), que adotaram políticas extremas na questão da segregação racial, controle da população.

Foi dentro deste contexto que surgiu a ideia da Eugenia Latina, que de acordo com Nancy Stepan (2005) foi sedimentada com base nos países da Europa que eram de origem latina, permitindo assim, um aprofundamento sobre a eugenia tanto na América Latina, bem como no Brasil. A eugenia latina realmente abriu um novo campo de discussão porque

109





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

ela se apropriou da questão da discussão racial indo mais além do princípio mendeliano, trazendo a discussão para o contexto de desenvolvimento social e econômico, e até mesmo político, associando a eugenia diretamente à alimentação, considerando a otimização do papel de determinados alimentos regionais no tocante a questão de saúde. A eugenia latina, inserida no contexto social, se converge com o caso colombiano, em que a noção de raça adquiriu novos significados no pensamento social das elites colombianas e estratégias foram estabelecidas para alcançar o que fora chamado por eles de regeneração do trabalhador da aldeia, entre 1890 e 1940, de acordo com Valero (2019), fato que ajudou a ampliar a noção de eugenia no espaço latino-americano e internalizou uma eugenia nunca pensada no contexto da estrutura eugênica anglo-saxã. A questão da eugenia no contexto colombiano foi muito além do conceito nazista porque ela foi inserida em um contexto social, político e econômico, no qual a elite colombiana se preocupava na melhora da saúde daqueles que produziram a riqueza da nação e ao mesmo tempo permitiria que essa elite continuasse, por assim dizer, no comando. Esse debate serviu para se discutir a eugenia no Brasil, com a denominada ‘Geografia da Fome’, conceituada por Josué de Castro (1957) que desafiou a teoria dos neomalthusianos sobre o controle populacional. Pensamento convergente com o debate eugênico no contexto da produção de alimento versus o crescimento populacional, mostrando que a eugenia vai muito além da criação da ‘raça perfeita’ e a simples eliminação das ‘raças inferiores’.

110

### *O debate científico da eugenia no contexto da raça*

Vanderlei de Souza (2016), procurou demonstrar com mais detalhes a circulação de ideias e as complexas redes internacionais com as quais os eugenistas brasileiros estiveram envolvidos nas primeiras décadas do século XX, expandindo a análise para além da eugenia latina, e problematizando o conceito que fora proposto por Nancy Stepan (2005). O autor discute as controvérsias e convergências nos modelos de eugenia adotado por Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto que foram duas lideranças do movimento eugênico brasileiro, e ao mesmo tempo destaca que esta discussão direcionou a ambos seguirem caminhos diferentes. Desta feita, no sentido do que sugeriu Stepan, tanto Roquette-Pinto e Renato Kehl eram adeptos da tradição mendeliana, cuja base de influência era a tradição científica alemã, inglesa e norte-americana, e desprezavam influências do meio ambiente, bem como da associação entre as unidades hereditárias.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Souza (2016) enfatiza que o modo como a eugenia mendeliana foi apropriada precisa ser visto de acordo com as discussões raciais e científicas de cada país, bem como com as ideologias sociais e os projetos políticos e intelectuais defendidos por seus adeptos.

Sobre as controvérsias entre Renato Kehl e Roquette-Pinto destacamos as seguintes situações: Kehl defendia uma rígida política de seleção racial, baseado em medidas que foram implantadas em nações como Alemanha e EUA, pois ele entendia que o governo brasileiro deveria impedir a reprodução dos indivíduos indesejáveis, criando políticas eugênicas rigorosas que limitassem o nascimento de degenerados, delinquentes e doentes mentais. A radicalidade no pensamento eugenista de Renato Kehl, foi motivo de discussão durante o primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia, no qual se evidenciou um maior acirramento das divergências com Roquete Pinto.

Na questão da esterilização eugênica, surgiram mais controvérsias entre Roquete Pinto e Renato Kehl, pois Roquette-Pinto mesmo reafirmando que o “ideal eugênico” deveria consistir no aperfeiçoamento constante da humanidade, ele não concordava com os “métodos de seleção e cruzamentos” propostos por Kehl e seus associados, que desejavam melhorar a espécie humana do mesmo modo que se procedia em relação às espécies vegetais e animais. No entendimento de Roquete Pinto o problema da esterilização deveria ser visto como um assunto “extremamente complexo”, uma vez que a ciência ainda não conseguia identificar com clareza os indivíduos portadores de “boa” e “má” herança. Ambos é claro, eram sanitaristas, com visões diferentes sobre a raça, e propuseram questões eugênicas, de padrão “radical” ou “suave”, e se mantiveram racistas tanto no sentido de eliminação das ‘raças inferiores’, bem como no contexto da miscigenação, que ao final, tinha o intuito de “embranquecer a nação brasileira”.

Associar a “eugenia latina” a um modelo mais suave de pensamento eugênico também possibilita a ocultação da adesão de pesquisadores brasileiros, como Kehl, ao racismo científico e aos programas radicais de intervenção eugênica, principalmente quando falamos de políticas de segregação racial e esterilização eugênica. Do mesmo modo, os debates sobre o controle matrimonial, a segregação de doentes mentais, a educação sexual, o aborto eugênico, os testes de aptidão intelectual e a seleção imigratória também ocuparam um espaço importante nos programas do movimento eugênico brasileiro, indo muito mais além do que a eugenia de base anglo-saxônica.

Logo, mesmo com o avanço sobre as questões eugênicas na América Latina, destacado por Nancy Stepan e demonstrada por Vanderlei de Souza, o racismo ainda era a palavra de ordem nos debates eugênicos porque a eugenia preventiva neolamarckiana não

111





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

eliminava a questão racista, da qual o nazismo se apropriou para cometer as atrocidades em nome da eugenia.

Abordando as questões levantadas por Stepan sobre a eugenia Latina, é imperativo destacar que ela ajudou a desmontar os mitos historiográficos no que diz respeito à eugenia nazista, tendo em vista que a eugenia Latina não buscava o aprimoramento racial, em vez disso, a intenção era levar a “civilização” às populações da América Latina, pois Stepan explorou o lado menos conhecido da eugenia aqui na América Latina, perfazendo um caminho de natureza tanto construtivista, bem como sociológica, mostrando que de 1910 a 1940 ocorrera um desenvolvimento no que diz respeito às políticas públicas que envolviam transformações tanto de natureza econômica, bem como de natureza social, em caráter bem profundo; transformações de natureza técnica nas quais foram incluídas a higienização dentro do espaço urbano e também a aplicação de métodos contraceptivos para o controle da natalidade, enfim, “um aperfeiçoamento médico da raça humana”, que foi destacado posteriormente por Valero (2019) que enfatizou a dieta racional colombiana no recorte temporal de 1890 a 1940, que no entendimento da elite colombiana, permitiria que aquela nação adentrasse ao período da modernidade, cuja população poderia se tornar produtiva e saudável através da regeneração fisiológica, o que pode ser considerada uma prática eugênica inserida no contexto neolamarckiano.

A desejada transformação dos pobres passava pela alimentação no contexto trabalhista e educacional, incluindo neste quesito um salário-mínimo que permitisse o trabalhador possuir a ração mínima para manter a produtividade, fato este que serviu como modelo na instituição do salário-mínimo brasileiro no Estado do Novo, implantado por Getúlio Vargas. Na América Latina, bem como no Brasil, os presidentes estavam convencidos de que a educação poderia projetar o país economicamente promovendo o desenvolvimento não apenas econômico, mas também social e cultural da nação.

A discussão eugênica pode se caracterizar por intermédio de uma ordem social em que o acesso aos bens culturais e materiais não é o mesmo para todos, os discursos de afirmação da inferioridade dos alunos pobres e não brancos se assentou nas desigualdades sociais, raciais, pessoais ou culturais, forjando conexões entre aspectos físicos e características de caráter negativas como indolência e preguiça levando a inaptidão intelectual. Desta feita, tais descrições podem convergir com o debate sobre a inferioridade das raças dentro do conceito da teoria darwiniana. Logo, é imperativo destacar que a forma brasileira de pensar e fazer educação e os discursos estabelecidos sobre o fracasso escolar, a análise de

112





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

determinantes psicológicos e sociais, sinalizam a estreita relação entre as teorias eugenistas e o pensamento educacional brasileiro no decorrer dos anos.

Para Patto (1990) o pensamento educacional brasileiro sobre a escolarização, neste período, embora repleto de otimismo e muita atividade intelectual, não teve força suficiente para sair do plano das ideias, numa sociedade que ainda era uma conjugação de escravismo e liberalismo. E apesar de defenderem uma pedagogia que se propusesse a ensinar levando em conta a natureza da mente humana, um ensino adaptado às diferenças e centrado no aluno, acabou sucumbindo matizado por elementos diferentes. Logo, não é de se admirar que alguns dos intelectuais brasileiros do período pós-colonial que se voltaram ao estudo da aprendizagem escolar tenham se deixado influenciar por teorias eugenistas que circulavam no panorama intelectual europeu, mais precisamente na França, e na América Latina.

No Brasil, nos primeiros anos do século XX, os textos e artigos especializados em psicologia e pedagogia dirigidos para a explicação do fracasso escolar, continham em seus conteúdos expressões híbridas sobre distúrbios de desenvolvimento psicológico e desajustamento social.

A teoria do determinismo racial, baseava-se no fato de que existem raças anatômicas e fisiologicamente distintas, e como resultado disso, psiquicamente diferentes também, o que impediria um aperfeiçoamento de sua inteligência, ainda que em situações iguais de educação. O desempenho educacional estaria condicionado à natureza constitucional, fundamentada por uma genialidade hereditária, em que alguns nascem com mais aptidão que outros para o estudo, e por isso deveriam ser educados, evitando o desperdício de tempo com quem não estaria apto. Negros e índios teriam uma mentalidade inferior e primitiva, sendo, portanto, dados a distúrbios e impossibilitados de aprenderem.

A teoria da carência cultural surge mais a frente numa época em que grandes manifestações e reivindicações de minorias raciais nos EUA chamam a atenção do mundo para as injustiças sociais, sendo necessária uma nova roupagem para a teoria racista, transferindo a incompatibilidade de aprendizagem com a cor da pele para a crença da inferioridade inata à pobreza. No Brasil esta teoria se ajustou bem às crenças culturais preexistentes dos tempos coloniais, numa visão etnocêntrica do colonizador, arraigada na incapacidade de negros e mestiços. Para estes teóricos as crianças provenientes de um ambiente precário seriam submetidas a poucos estímulos, e a hábitos e crenças maléficas. Inserimos aqui neste ponto para complementar o entendimento da questão eugenista as contribuições das epistemologias do sul sobre os paradigmas eurocêntricos hegemônicos

113





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

que ao longo dos últimos quinhentos anos inspiraram a filosofia e as ciências ocidentais num modelo de “sistema-mundo patriarcal/capitalista/colonial/moderno” (Grosfoguel, 2005, 2006b) assumindo um ponto de vista universalista, neutro e objetivo. A dominação e a expansão coloniais europeias/euro-americanas conseguiram construir por todo o globo uma hierarquia de conhecimento superior e inferior e, consequentemente, de povos superiores e inferiores dentro da linha de pensamento de Georges Basala (STEPAN, 2005). Sendo que outras hierarquias surgiram deste modelo, mas destacamos uma hierarquia étnico-racial global que privilegia os povos europeus relativamente aos não-europeus (QUIJANO, 1993, 2003); uma hierarquia associada ao patriarcado e outra a uma hierarquia espiritual.

Estes padrões de classificação sustentados em uma relação de superioridade étnica e cognitiva tem profundas conexões com a colonialidade incorporada e reapresentada cotidianamente e de diferentes formas pelas instituições para perenização das desigualdades sociais sobre as trajetórias dos povos do ‘sul global’, desprezando as populações periféricas.

Em conformidade com o que aponta (GROSFOGUEL, 2009, p.390). “O que chegou às Américas foi uma enredada estrutura de poder mais ampla e mais vasta, que uma redutora perspectiva econômica do sistema-mundo não é capaz de explicar”. De forma resignada, os jovens negros, assumem seus lugares e papéis sociais subordinados, conforme discute Quijano (2005), quando afirma que a identidade racial foi estabelecida como instrumento básico de classificação social.

Já na África do Sul no pós-segunda guerra mundial, a discussão eugênica se deu baseada no pensamento nazista, com ênfase no raciocínio científico e ideológico, discussão essa que serviu como alicerce do que conhecemos como *apartheid*, uma das piores segregações raciais já vista na história. Além de hiper questionável, essa ‘hierarquia racial’ fora colocada debaixo do manto da religiosidade de forma disfarçada, pois os europeus se achavam uma ‘entidade biológica superior aos africanos’, tanto que com esse pensamento eles impuseram a teoria eugênica na África do Sul, até mesmo usando a legislação para fortalecê-la, institucionalizando, em termos práticos, o racismo naquela região.

É o que Linda Naicker (2012) mostra em seu texto sobre a forma como foi institucionalizado o racismo na África do Sul, parindo o regime de exceção do *apartheid*. O chocante é que essa segregação além de ter pano de fundo religioso, negado por Naicker, tem como base o raciocínio científico e ideológico baseado nas concepções mendelianas legitimadas por médicos britânicos baseados na África do Sul, e que

114





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

infelizmente, impactou de forma gigantesca na construção da teoria racial da nação. Como argumenta (QUIJANO, 1993) sobre a “colonialidade do poder” e o modo como a ideia de raça e racismo se torna o princípio organizador que estrutura todas as múltiplas hierarquias do sistema-mundo.

Nos choca nesta constatação que os países que combateram a Alemanha nazista e seus aliados, foram justamente os que implantaram o mesmo sistema de racismo na África do Sul disfarçado de religião. Aqui trazemos novamente à tona a questão das epistemologias do sul sobre a hierarquia espiritual que privilegia os cristãos relativamente às espiritualidades não-cristãs/não-europeias institucionalizadas na globalização da igreja cristã (católica e protestante).

O desenvolvimento dessa ciência eugênica racista que se desdobrou da teoria de Darwin, sobre o que fora chamado de racismo científico, tinha como objetivo manter o controle social, e que de fato aconteceu, pois o regime do apartheid durou quatro décadas, interligando de forma deplorável o racismo e a ciência.

Logo, Naicker se equivoca ao tentar desvincular a religião do *apartheid*, colocando a culpa somente no racismo científico, mesmo apresentando argumentos para tal afirmação, pois se assim for, a História deveria desconsiderar o processo de colonização africano que se deu por base calvinista, o qual, foi igual ou até pior em alguns aspectos, conforme o processo de colonização e formação do que conhecemos hoje como E.U.A.

Dentro deste contexto de colonização, no qual a religião está inserida, os *africâneres*<sup>3</sup> foram beneficiados diretamente por esta política de segregação. Fica claro que apesar da religião ter sua culpa em situações que envolvam o racismo, neste caso do *apartheid*, é imperativo destacar que o objetivo principal dessa imposição eugenista na África do Sul está mais ligada ao colonialismo, no viés de controle social. Por este motivo, o pensamento eugênico de base anglo-saxã, potencializado negativamente pelo nazismo, era a famosa desculpa para que os *africâneres*, tomassem o controle de todas as decisões que diziam respeito ao povo da África do Sul, fazendo com que o pensamento racista naquele país se tornasse algo inquestionável e aceito como fato científico, logo, não parece ilógico mencionar que a religião e o racismo científico foram o alicerce da eugenia racista Sul Africana.

São claras as continuidades entre o passado colonial e as atuais hierarquias coloniais/raciais globais, atuando através do epistemicídio, relegando outros saberes para

115

<sup>3</sup> Descendentes dos colonos, oriundos principalmente da Holanda, e da Alemanha, França e Inglaterra.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

um espaço de subalternidade. Os saberes subalternos foram excluídos, omitidos, silenciados e/ou ignorados, através da eliminação dos sujeitos desses saberes, com diferentes formas de epistemicídio: evangelização, escolarização, desterritorialização, devastação ambiental e o genocídio. Invisibilizando o “outro” num “não lugar” que é o outro lado da linha, que divide o mundo humanizado do não humanizado.

### *A eugenia inserida na discussão sobre Guerra Fria, saúde e desenvolvimento*

Após a segunda guerra mundial formou-se um mundo bipolar no qual de um lado, estavam os países ‘capitalistas’ liderados pelos E.U.A (Estados Unidos da América), e do outro lado, os ‘comunistas’ capitaneados pela antiga U.R.S.S (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). No contexto da bipolaridade mundial, insere-se também o debate eugenista, que embora não seja citado abertamente, se tornou perceptível para muitos olhos atentos a esta questão latente, que por algum tempo ficou restrita à visão míope do nazifascismo. Tanto que já se discutia a cultura da sobrevivência (CUETO, 2015) no que diz respeito à saúde pública internacional, na qual, com objetivo de combater o ‘comunismo’, os EUA procuraram implementar políticas públicas através de cooperação técnica, social educacional e de saúde pública com os países da América Latina e do Caribe através de organizações multilaterais e bilaterais, como a Fundação Rockefeller. O debate eugênico está ligado à questão da saúde na tentativa de conter as pandemias, endemias e surtos de doenças que estavam afetando a população mundial, como a gripe asiática e a malária, durante a “Guerra “Fria”. A luta contra as doenças não foi vencida de forma completa, mas de acordo com a leitura do texto de Staples (2006), neste contexto, fora criado o alicerce para ações multiglobais, lideradas pela ONU com suas organizações subsidiárias, FAO (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura) e a OMS (Organização Mundial da Saúde), e OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) cujo objetivo era o combate à fome e a pobreza através da segurança alimentar, bem como a melhora da saúde populacional mundial, que também contribuíram em alicerçar a luta pelo desenvolvimento socioeconômico e igualitário entre as nações, e ao mesmo tempo discutir a questão do crescimento populacional, que trouxe de volta a tese malthusiana, pelos neomalthusianos, que teria como base a implantação de inúmeros métodos de controle populacional na tentativa de se evitar uma grande fome mundial, de forma que estes movimentos podem ser incluídos no contexto do debate eugênico.

116





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

A teoria do controle populacional difundida por Thomas Malthus foi resgatada pelos neomalthusianos após a Segunda Guerra Mundial, suas ideias ficaram em evidência mais uma vez porque durante a segunda guerra, os nascimentos tornavam-se superiores às mortes. Esta nova proposta malthusiana formou-se a partir do planejamento familiar, com políticas de distribuição de anticoncepcionais e outros métodos. Tais ações foram utilizadas pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), ONU (Organização das Nações Unidas), Banco Mundial e FMI (Fundo Monetário Internacional), não obstante, esse conceito foi desafiado por Josué de Castro, pois ele explicava que o colonialismo e a dependência econômica de forma contínua eram responsáveis pela fome no Brasil e não o aumento da população como afirmavam os neomalthusianos. Por este motivo, a reforma agrária era para ele uma forma de resolver essa questão porque permitiria o alcance dos alimentos a todas as classes, em especial, aos desamparados, ou seja, a questão da produção de alimentos deveria ser considerada como uma questão de saúde pública. Neste bojo, está incluído o conceito da eugenia latina defendida por Stepan (2005) que inclui as questões sociais, econômicas e políticas na tentativa de melhorar as condições de vida da população. Sendo essa política bem-sucedida, a eugenia poderia ser vista como uma agenda otimista.

117

O mundo produz a quantidade de alimento suficiente para atender toda a população mundial, mas infelizmente não existe igualdade na distribuição de alimentos, por isso Josué de Castro analisou esta situação resumindo na seguinte expressão: “Geografia da Fome”. Mas como as ideias de Castro não se encaixavam na tecnologia do pós-guerra, suas ideias foram ‘esquecidas’. E para piorar, por estar ligado aos movimentos de esquerda aqui no Brasil, ele foi exilado pela ditadura militar, que era devota da eugenia racista mendeliana, tanto que os militares, durante a ditadura (de 1964 a 1985) no Brasil, foram responsáveis pela morte de milhares de indígenas por conta desta eugenia racista herdada do nazismo.

Ainda falando sobre a questão do controle populacional como uma política eugenista, chama atenção a discussão proposta por Erick Carter (2018) que realiza sua análise desta questão levando em consideração os centros geopolíticos mundiais para o 'sul global', procurando entender as perspectivas latino-americanas sobre o controle populacional ter sido pouco consideradas, pois diferentemente do que fora pensado, Erick Carter explorou e mostrou que a questão populacional se cruzou com os processos inter-relacionados do desenvolvimento na América Latina na primeira metade do século XX no que diz respeito às discussões sobre saúde e nutrição, alimentação e agricultura,





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

subsistência rural, dependência econômica e direitos das mulheres, se concentrando na discussão que relaciona as crises sanitárias e política a favor da natalidade, as influências do movimento eugenista na discussão do controle populacional como estratégia biopolítica, compartilhando assim as ideias de Nancy Stepan sobre o envolvimento intelectual local e debates políticos sobre questões populacionais na América Latina.

Na América Latina existia um debate intelectual que discutia o neomalthusianismo paralelamente ao conceito de eugenia, sendo que estas discussões giraram em torno dos discursos de liberação sexual e liberdade reprodutiva, sobre parte do movimento anarquista internacional, ligados particularmente a redes no sul da Europa; ao movimento eugênico mais ou menos contemporâneo, parte de um nacionalismo biopolítico para promover o desenvolvimento nacional, principalmente discutido no contexto da saúde pública na América Latina, levando aos intelectuais e formuladores de políticas latino-americanas, discutir o desenvolvimento da população a partir de uma posição de dependência econômica na periferia geopolítica, ou seja, discussão efetuada dentro da realidade latino-americana.

Estes intelectuais puderam se concentrar nas dificuldades da região no que diz respeito a solucionar a problemática do controle populacional, focado nas particularidades que estavam intrinsecamente ligadas às dificuldades locais e concretas da região, tais como problemas de natureza econômica, como a estrutura agrária e dependência internacional na questão da exportação, que eram fatores que travavam o processo de desenvolvimento, causando reflexo na questão do crescimento populacional e na questão da saúde pública, considerados cerne da discussão na América Latina.

Cabe aqui um questionamento. Por que a ênfase de Carter, que a tese neomalthusiana sobre crescimento populacional versus alimentos e recursos, não teve a força na região, mesmo quando os programas de planejamento familiar estavam se tornando mais amplamente presentes na década de 1960? Porque na América Latina poucos realmente valorizavam a estagnação, como pensavam os europeus e estadunidenses, só alguns poucos reacionários pensariam de forma retrógrada, pois naquele período, o pensamento latino-americano era progressista, inclinado para a medicina social, à teoria da dependência, e a teologia da libertação. Ao contrário do que se pensava, a oposição ao controle populacional não era simplesmente porque a Igreja Católica era uma forte opositora dos métodos contraceptivos, mas sim porque enxergava-se na América Latina uma forte influência estadunidense neste assunto, e seus interesses se sobrepondo aos interesses latino-americanos.

118



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

### *Pandemia, Racismo e Genocídio*

Por conta da crise gerada pela pandemia, algumas fragilidades foram expostas provocando reflexões no tocante à produção do conhecimento e permitindo uma perspectiva de discussão eugênica neste contexto, bem como olhar para outras complexidades surgidas pela evolução tecnológica, histórica, cultural e social possibilitando propostas interdisciplinares inclusivas, essenciais para uma visão crítica do mundo em suas estruturas e as possibilidades de mudanças sociais.

O aumento da pobreza e da fome, pelo desemprego e diminuição da renda, incluindo as desigualdades de gênero e as ambientais, o enfrentamento da morte e a agência de cada indivíduo no decorrer do tempo, e a maneira como estas experiências foram interpretadas e incorporadas pelos pobres e favelados, em suas relações, modos de viver e planejar as suas vidas, revelam os padrões que emergem dessas complexas inter-relações com as forças estruturantes de uma sociedade baseada numa matriz colonial do poder como um modelo administrativo baseado na “ideia de raça ou pureza de sangue, como foi expressa no século XVI, tornou-se o princípio básico para classificar e hierarquizar as pessoas em todo o planeta redefinindo as suas identidades, e justificando a escravatura e a labuta.” (Mignolo,2020).

Estes padrões de classificação sustentados em uma relação de superioridade étnica e cognitiva tem profundas conexões com a colonialidade incorporada e rerepresentada de formas distintas cotidianamente pelas instituições para perenização das desigualdades sociais sobre as trajetórias dos povos do ‘sul global’, relegando as populações periféricas e seus problemas à invisibilidade.

Um exemplo disto está nas diversas feridas sociais preexistentes nos corpos e mentes da população brasileira invisibilizada encontraram maior agravo com a pandemia de COVID-19 com falta de políticas consistentes e de acesso às informações científicas, e prejuízos sociais irreversíveis, que se constituem dados reais que precisam ser problematizados e inseridos na construção do pensamento social brasileiro sobre o conceito de eugenia e genocídio.

Evocar a pandemia e seu impacto desigual às diferentes parcelas da sociedade à luz de um problema social brasileiro mais complexo que é o racismo estrutural, perenizado pelas diversas formas de aniquilação, de determinados grupos humanos, invariavelmente negros e indígenas, expõe a ausência deliberada de urgência e estrutura do poder público como uma política genocida e proposital (ALMEIDA, 2019).

119





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Confirmando a teoria de uma política genocida, a qual pode ser discutida o contexto eugenista, trazemos à memória alguns serviços essenciais que foram fortemente afetados pela ausência de ações estruturadas na pandemia, como comprometimento da qualidade da educação, com condições desiguais de oferta, tanto em função do tempo dedicado às atividades quanto da presença de infraestrutura tecnológica adequada para o estudo na residência, prejudicaram principalmente os alunos da rede pública, estudantes com menor renda, as consideradas “minorias” e os “sertões” no conceito de Nísia Trindade (2013.2). Nas políticas trabalhistas, sob a perspectiva do nível de instrução, que torna a percepção da desigualdade ainda mais nítida foi a relação com as condições de home office e as horas trabalhadas. O aumento da informalidade no mercado de trabalho, o trabalho precário e/ou à ausência de proteção social devido a eliminação de postos de trabalho, e o aumento do trabalho infantil.

Na saúde, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) apontam que a maioria das mortes causadas pela doença no Rio de Janeiro é de moradores dos bairros mais pobres. Dados do informativo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) sobre as desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil (2022), apontam que em relação às condições de moradia existem desigualdades mais significativas por cor ou raça. Além da dificuldade em 20,8% das pessoas pardas e 19,7% das pessoas pretas de adquirir domicílio próprio, e com documentação da propriedade. Pretos e pardos enfrentam, portanto, uma situação de maior insegurança de posse e de informalidade da moradia própria. E a garantia de serviços de saneamento, o que, além das implicações relativas à saúde e condições de vida, também traz impactos patrimoniais.

Infelizmente o debate eugênico sempre se baseou sob o contexto eurocêntrico e sob o conceito do ‘norte global’ como os únicos produtores de ciência. Não obstante, a FIOCRUZ, bem como várias instituições da América Latina, mostrou que o ‘sul global’ também pode ‘fazer ciência’, pois há muita pesquisa ainda a ser feita para compreender mais plenamente as tensões e contradições do pensamento eugênico, especialmente do ponto de vista dos países da periferia global. A discussão sobre a eugenia não está encerrada. Se faz necessária uma ampla pesquisa no intuito de aprofundar o conhecimento sobre esse assunto, independentemente das tensões que serão causadas.

### *Considerações finais*

Ao longo dos séculos a humanidade passou por inúmeras transformações científicas, e dentro deste contexto, presenciamos variadas situações que envolveram a eugenia. Foram





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

desenvolvidas variadas técnicas modernas em várias áreas que giram em torno do debate eugênico, tais como as ligadas à genética, desenvolvimento de remédios para transformar a AIDS em apenas mais uma doença, debates que tratam do aborto, da produção de alimentos, a eutanásia, do desenvolvimento da saúde pública e de políticas sociais para diminuir a desigualdade. Lembrando que todas estas situações foram discutidas sob pressupostos baseados na eugenia, sendo que o mais interessante é que mesmo as discussões sendo feitas sob a égide eugênica, provavelmente muitos não sabem que estão participando do debate eugênico simplesmente porque este não é referenciado.

É importante analisar o conceito de eugenia de uma forma mais extensa, não se prendendo aos modelos mendelianos e lamarckianos. Precisamos de um debate sobre eugenia que envolva o diálogo internacional, no qual precisam ser incluídos diversos componentes objetivando a aplicação deste conceito de forma mais ampla e objetiva, envolvendo no debate os historiadores, antropólogos, sociólogos, médicos, geneticistas, biólogos, geógrafos e demais interessados das áreas afins não citadas.

O movimento eugênico brasileiro traspassou a mediocridade da eugenia baseada na superioridade de uma raça, mesmo que seus ideólogos praticassem, por assim dizer, o racismo estrutural, o debate eugênico mostrou um importante avanço nessa questão, pois incluiu a questão do controle matrimonial, o aborto eugênico, segregação de doentes mentais, educação sexual, políticas públicas de saúde e educação, imigração, políticas sociais na questão da alimentação e desigualdade. Semelhante ao que ocorreu em outras nações da América Latina, cada uma com suas particularidades.

O preconceito não foi inventado de um dia para outro, o pensamento eugênico de natureza retrógrada foi o principal fomentador do preconceito racial e suas várias faces macabras impetradas ao longo do século, mesmo antes da discussão eugênica se tornar assunto científico. Por este motivo, se faz necessário investigar melhor o processo do debate eugênico porque ele tem muita utilidade para a humanidade se for tratado de forma positiva, porque não podemos e não devemos deixar a mancha da eugenia nazista privar-nos de uma questão científica de extrema relevância.

121

### *Referências*

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

BATISTA, Luís; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda; MÜLLER, Tânia (org.): **Saúde da População Negra**, 2ª edição, Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

CAMPOS, Luiz Augusto *et al.* **Políticas de ação afirmativa nas universidades públicas brasileiras** (2020). **Relatório das Desigualdades Raciais** (GEMAA), IESP-UERJ, 2022, p. 1-22.

CARTER, Eric. **Population control, public health, and development in mid twentieth century Latin America**, *Journal of Historical Geography* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhg.2018.03.012>.

CASTRO, Josué. **Malthus e o Caminho da Perdição**. In: CASTRO, Josué. *Ensaio de Biologia Social*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1957, pp.133-139.

CUETO, M.. (2015). **La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX**. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 22(Hist. cienc. saude-Manguinhos, 2015 22(1)), 255–273. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>.

GROSGOUEL, Ramón. **Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global**. In: SANTOS, 2009

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. n.48. 2a. edição 2022. Disponível em: [https:// biblioteca.ibge.gov.br / visualizacao / livros / liv102002\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102002_informativo.pdf). Acesso em: 02 ago. 2023

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das desigualdades de gênero e raça** / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [et al.] 4ª ed. - Brasília: Ipea, 2011.

LEME, Adriana Salay. **Josué de Castro e as metamorfoses da fome no Brasil, 1932-1946**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.28, n.4, out.-dez. 2021, p.1115-1135.

MIGNOLO, Walter. **Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política**. *Cadernos de Letras da UFF, Dossiê: literatura, língua e identidade*, n.34, 2008, p.287-324.

NAICKER, Linda. **The role of eugenics and religion in the construction of race in South**, *Church History Society of Southern Africa*, 2012.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

PATTO, Maria Helena de Souza. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. S. Paulo: TA Queiroz, 1993.

QUIJANO, Anibal. **Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina**. In: LANDER, Edgardo (Org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais – perspectivas latino-americanas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Clacso, 2005a. p. 107-30

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. **A eugenia brasileira e suas conexões internacionais: uma análise a partir das controvérsias entre Renato Kehl e Edgard Roquette-Pinto, 1920-1930**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, supl., dez. 2016, p.93-110.

STAPLES, Amy, **"The Birth of Development: How the World Bank, Food and Agriculture Organization, and World Health Organization Changed the World, 1945–1965"** (2006). *New Studies in U.S. Foreign Relations*, pp.1-8.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. In: **A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 1-28.

VALERO, Stefan Pohl, **"'La raza entra por la boca': nutrición y eugenesia en Colombia, 1890-1940**". **ÁLVAREZ et al. *En Recorridos de la historia cultural en Colombia***. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Rosario; Pontificia Universidad Javeriana, (2019), 396-435

COVID-19 FAVELAS: **Fiocruz aponta que a pandemia tem mais impacto em áreas pobres do Rio**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/covid-19-favelas-fiocruz-aponta-que-pandemia-tem-mais-impacto-em-areas-pobres-do-rio>.

Acesso em: 02 ago. 2023

123





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

## UMA VIDA DEDICADA À MEDICINA: CLEMENTE FERREIRA E A LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE

Yvone Dias Avelino<sup>1</sup>

A Cidade de São Paulo passou e passa por transformações brutais e muito significativas para quem vive e compartilha este espaço. Mesmo o mais forte cidadão desta metrópole precisou criar hábitos diferenciados dos que tinha, como meios de proteção para sobreviver psicologicamente a essas mudanças que ocorreram e vêm gradativamente ocorrendo neste espaço urbano, e no modo de vida de seus habitantes desde o Século XIX.

Percorrer bairros e ruas dessa megalópole, que tem verdadeiras cidades dentro de si, é surpreender-se e extasiar-se a todo instante com novidades e novas interações nas atitudes, as mais variadas. Os bairros que nasceram em várias áreas que em épocas mais distantes estavam vazias, sofreram grandes e violentas intervenções, como introdução de novos meios de transporte público e canalização de córregos e ribeirões.<sup>2</sup> Hoje, esses espaços apresentam infraestrutura de verdadeiras cidades.

Com o significativo aumento populacional, gerado pelo surto da riqueza da economia cafeeira nesta província, que era pobre e desprovida de condições mínimas de sobrevivência, soma-se a isso a chegada dos imigrantes, causando um conjunto de mudanças. Um leque de doenças surgiu devido a este quadro, como a Tuberculose, entre outras, e começaram a surgir medidas governamentais para sanar essas mazelas.

As moradias eram escassas, sujas, sem circulação de ar, e eram conhecidas como cortiços improvisados, que ficavam em fundos de depósitos, bares, armazéns, cocheiras e estábulos. Havia também as casas de cômodos, que eram sobrados com várias divisões internas, que chegavam a abrigar famílias inteiras. Esses cortiços não tinham privacidade de casas de banho, ventilação e luz solar, o que permitia a proliferação de doenças infecto-contagiosas, como a Tuberculose, cuja epidemia em São Paulo na primeira metade do Século XIX foi terrível. Não havia medicamentos para o tratamento, a situação era

124

<sup>1</sup> Professora Titular do Departamento de História da PUC-SP. Coordenadora do Núcleo de Estudos de História Social da Cidade – NEHSC – da PUC-SP. Editora da Revista Cordis – Revista Eletrônica de História Social da Cidade ([www.pucsp.br/revistacordis](http://www.pucsp.br/revistacordis)).

<sup>2</sup> Glezer, R. *Chão de Terra e Outros Ensaios Sobre São Paulo*. São Paulo: Alameda, 2007.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

alarmante, se pensarmos que em 1882 Robert Koch havia anunciado a descoberta do bacilo causador da doença.<sup>3</sup>

A partir daí os higienistas entenderam que a Tuberculose estava associada às condições de miséria em que viviam as pessoas nesta cidade. Os cortiços eram focos irradiadores desse mal. O escarro era o maior veículo de propagação, junto com os locais insalubres e mal-cuidados pelo excesso de pessoas convivendo em espaços minúsculos.<sup>4</sup>

Em 1899, preocupado com o aumento da Tuberculose em espaços urbanos do solo brasileiro, sobretudo na cidade de São Paulo, o médico Clemente Ferreira elaborou a possibilidade da criação de uma associação contra essa terrível doença. Pensou o competente doutor em uma associação semelhante à que havia sido criada em Munich, na Alemanha, e que tivesse os mesmos objetivos: educação anti-tuberculosa para a população; e a propaganda constante das principais medidas profiláticas contra a moléstia; além da instalação de Sanatórios cientificamente aparelhados para o tratamento dos indigentes portadores da Peste Branca.

A ideia foi concretizada em uma Sessão Extraordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia, que ocorreu em 17 de Julho de 1889, às 19h30, no salão da Rua do Comércio, 50, na Cidade de São Paulo, com um grupo de médicos e demais nomes da sociedade presentes.<sup>5</sup>

Depois de alguns assuntos, da leitura da Ata da Sessão anterior etc, o Doutor Clemente Ferreira propôs, com as devidas justificativas, as bases para a fundação de uma Associação de Combate à Tuberculose, através da defesa do documento abaixo:

“Liga contra a tuberculose – Associação paulista de iniciativa para a fundação de sanatórios populares sob o patrocínio e presidência honorária do Exmo. Sr. Presidente do Estado, organizada pela Sociedade de Medicina e Cirurgia – Deverá ter um presidente, dois vicepresidentes, um secretário geral e dois secretários annuaes. Para a realização dos seus intuitos humanitários, utilizar-se-á do concurso de uma comissão de administração e de execução. A Comissão de propaganda e aquisição de donativos encarregar-se-á do concurso de imprensa, representado por artigos nos jornaes diários de grande circulação, impressão e distribuição de brochuras, de circulares, etc., de modo

<sup>3</sup> Cf. ROSEMBERG, A. A. *Guerra à Peste Branca: Clemente Ferreira e a Luta Contra a Tuberculose (1889-1947)*, Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2008.

<sup>4</sup> AVELINO, Y. D., FLÓRIO, M. (Orgs.). *Polifonias da Cidade*. São Paulo: D’Escrever, 2009.

<sup>5</sup> ROSEMBERG, Op. Cit.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

a abalar o espírito social, a movimentar a opinião pública e a despertar a iniciativa de todas as classes da sociedade.

De angariar a cooperação pecuniária das instituições pias, das administrações hospitalares, dos philanthropos, e capitalistas caritativos, de abrir subscrições publicas aqui e nas diversas localidades do Estado, organizando também tómbolas, bazares de caridade, Kermesses, de exposição de objetos de arte, etc.; de solicitar o apoio material das municipalidades, ás quaes cabe o encargo da assistência pública, de impetrar dos poderes públicos e do corpo legislativo, qualquer subsidio capaz de concorrer para avolumar as sommas exigidas pelo objetivo da associação. A comissão da administração e de execução se incumbirá da gerencia dos fundos adquiridos, da salvaguarda das sommas reunidas, bem como do estudo dos locais para edificação dos sanatórios e da escolha dos planos architecturaes e da execução, cabendo-lhe depois a direcção e a administração dos estabelecimentos creados; isto quer dizer que desta commissão deverão fazer parte engenheiros e médicos especialistas. Seria de vantagem um appello publico dirigido immediatamente a toda a corporação Medica da capital e do interior; a sua adesão, que seria unânime, viria promptamente prestigiar a associação, creando um sem numero de núcleos de reforço e de ampliação.

São Paulo, 14 de julho de 1899. Dr. Clemente Ferreira.”<sup>6</sup>

126

Essa ideia foi concretizada, pois houve unanimidade na aprovação da mesma, e foi instalada a Associação Paulista dos Sanatórios Populares. Tinha uma Diretoria, representada por um Presidente, três Vice-Presidentes, um Secretário Geral, dois Secretários Anuais, um Tesoureiro e duas Comissões: uma de propaganda e Aquisição de Donativos para manutenção do órgão recém-criado, e outra de Técnica e Administração. Mais tarde, o nome da associação foi alterado para Liga Paulista Contra a Tuberculose, e subcomissões foram surgindo, e organizadas em diversos municípios do Estado, que não deram os resultados esperados, por falta de conscientização e sensibilização de médicos especialistas em Clínica Geral, que não se dedicaram ao terrível problema da Tuberculose, e aos apelos feitos no combate a tal doença. Diante de uma problemática social tão terrível, a Liga tomou algumas decisões, criando um programa de ataques.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> BOLETIM DA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE S. PAULO. “Acta da Sessão extraordinária a 17 de Julho de 1899”. In: Revista Médica de S. Paulo. 2(9): 274-275, 15 de setembro de 1899.

<sup>7</sup> RIBEIRO, L. *A Luta Contra a Tuberculose no Brasil*. Rio de Janeiro: Editorial Sul Americana, 1956.





3º ciclo  
Ibero-Americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

A instalação de Sanatórios parecia ser a melhor maneira de lutar e de prevenir a doença, pois isolava o doente, para evitar contágios e, ao mesmo tempo, oferecia tratamento adequado aos que tinham esse mal. Idéia que, se viabilizada, conseguiria sucesso, mas os custos para essa ação eram altíssimos.

Para amenizar essa situação, a Liga iniciou uma propaganda profilática com noções de higiene. Cartazes foram afixados em lugares variados, com grande frequência popular, como cafés, restaurantes, farmácias, igrejas, papelarias, teatros etc. Estes cartazes continham informações sobre a doença, e davam conselhos profiláticos.

Para ampliar a propaganda, a Liga buscou apoio governamental, enviando ofícios às Secretarias Municipais e Estaduais, aos Conselhos Municipais, além da Diretoria Geral dos Correios, e às administrações das estradas de ferro, solicitando apoio e divulgação de atitudes necessárias para evitar a propagação da doença:

- Instalação de escarradeiras higiênicas coletivas com líquidos anti-sépticos;
- Proibição de escarrar no chão;
- Proibição de varreduras a seco. Obrigatória a passagem de panos úmidos;
- Exames periódicos aos operários das fábricas e oficinas;
- Wagons especiais em trens para portadores da doença.

127

A proposta foi aceita pelo governo, que ajudou a difundir-la em imagens de forte apelo em cartazes que, anos mais tarde, continuaram sendo reproduzidos e disseminados em todo o Estado de São Paulo através do órgão SPES (Seção de Propaganda e Educação Sanitária), criado em 1939. Nesses cartazes a doença era representada por monstros, caveiras, morte etc, para apavorar a população, para que se cuidasse. Notar que as temporalidades são distintas, e o mal permanecia.

A Liga também entrou na área de gêneros alimentícios, para que as autoridades, através de leis protetoras, pudessem controlar a higiene das confeitarias, cafés, cantinas, restaurantes etc. Solicitam aos hospitais que os portadores da tuberculose tivessem escarradeiras individuais de bolso, além do policiamento e da vigilância sanitária às residências de doentes e ex-doentes.

Cuidados também foram tomados na forma de recados com curtas frases, referentes à doença nos principais meios de comunicação à época, como envelopes, cartões postais e telegramas, nas agências dos Correios. Livros, cadernos, almanaques e calendários também foram objetos de divulgação, contendo em seus versos noções preventivas da Tuberculose.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**  
**26, 27 e 28 | SET | 2023**  
Porto | Portugal

A Liga Paulista distribuiu mais de seis mil publicações de teores diferenciados, mas com o mesmo cuidado profilático e preceitos higiênicos. Também realizou inúmeras palestras em escolas e fábricas.

Sua principal meta consistia na construção de sanatórios populares, e como não havia recursos materiais, apelou para as administrações da Santa Casa de Misericórdia e para os poderes públicos, além da generosidade de setores particulares. Na busca de um sanatório, surgiu um dispensário, por não haver uma quantidade suficiente de recursos monetários, e Clemente Ferreira investiu nessa possibilidade. Apelos foram feitos à população paulistana. O Prefeito Antonio Prado subvencionou uma quantia de Cinco Contos de Réis, que foram doados pelo Conselho Municipal, na forma de Duplicata. Em pequenas instalações à Rua Líbero Badaró, 20, foi inaugurado em julho de 1904 o primeiro Dispensário para Tuberculosos no Estado de São Paulo, com a busca constante e volumosa de doentes que o freqüentavam.

**FACHADA DO DISPENSÁRIO “CLEMENTE FERREIRA”  
RUA LÍBERO BADARÓ, Nº. 20, São Paulo.**

128



Fonte: Liga Paulista contra a Tuberculose – Comemorações em São Paulo do 1º. Centenário de Nascimento do Professor Clemente Ferreira 1857-1957, São Paulo, s/d, p. 25.





3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

Este logo ficou pequeno demais e foi necessária uma grande campanha em busca de recursos, sendo lançada a pedra fundamental em 1908, para a construção do novo prédio, na Rua da Consolação. Para o início das obras, o Parlamento Federal, através do Deputado fluminense Oliveira Figueiredo, do Senador paulista Dr. Alfredo Ellis e do Deputado mineiro Dr. Francisco Veiga, amigo do Presidente da República Afonso Penna, votou a subvenção de Vinte e Quatro Contos de Réis, para reforçar as obras. Essa verba nunca foi paga, e a Liga foi buscar apoio no Congresso Estadual Paulista, conseguindo então Quarenta Contos de Réis.

#### FACHADA DO DISPENSÁRIO-MODÉLO “CLEMENTE FERREIRA” – SÃO PAULO



Fonte: Arquivo do Instituto Clemente Ferreira

129



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7



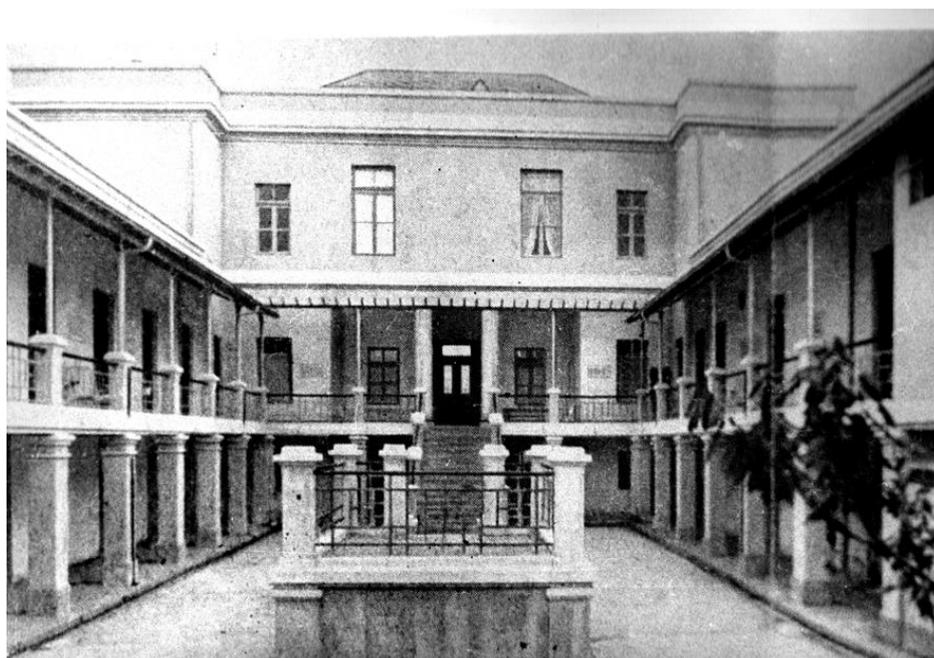
3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

**SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS**

**26, 27 e 28 | SET | 2023**

Porto | Portugal

### VISTA INTERNA DO DISPENSÁRIO-MODÉLO “CLEMENTE FERREIRA” – SÃO PAULO



Fonte: Arquivo do Instituto Clemente Ferreira

130

Além de toda essa luta por verbas, a Liga encontrou a resistência dos moradores da região da Consolação, que temiam que um Dispensário fosse uma ameaça à saúde das pessoas no seu entorno. A Liga conseguiu inaugurar em 10 de Julho de 1913 o prédio à Rua da Consolação, no número 117, com o nome de Dispensário Clemente Ferreira.

Foi criada uma revista para disseminar essa luta benemérita contra a Peste Branca. Nesse órgão de circulação gratuita eram divulgados os alarmantes dados de mortalidade causados pela tísica, além da introdução do ensino antituberculoso e antialcoólico nas escolas, através de solicitações ao Secretário do Interior.





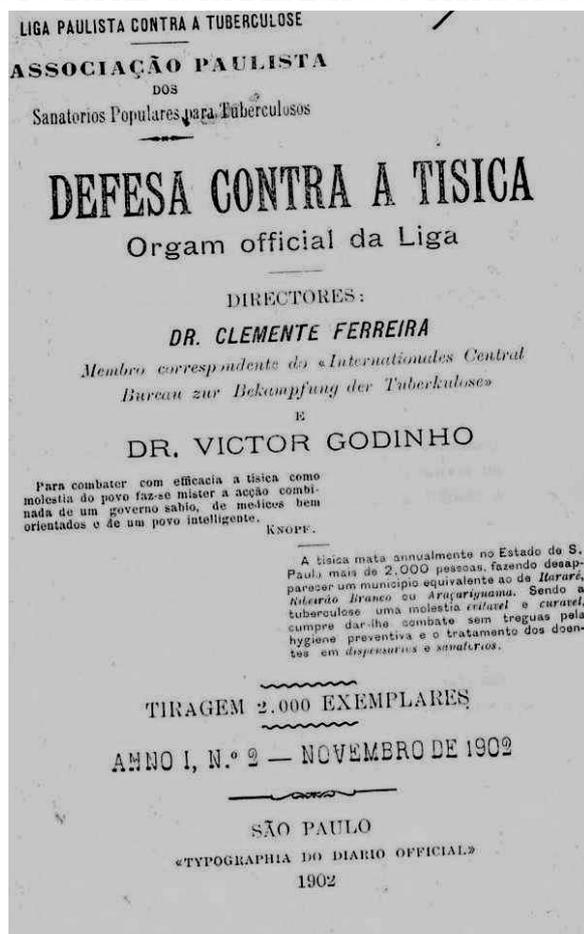
3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

FOLHA DE ROSTO DA REVISTA DEFESA CONTRA A TÍSICA ANNO I. N.º. 2.



131

Fonte: Biblioteca do Museu Emílio Ribas

A Liga Paulista Contra a Tuberculose cogitou também uma associação de senhoras da alta sociedade paulistana para criar a “Obra de Preservação dos Filhos de Tuberculosas Pobres”, nos moldes da fundada por Grancher, na França. A Revista divulgou muito essa obra, que passou a funcionar sob a direção da Viscondessa Cunha Bueno.

A participação das mulheres no início do Século XX demonstrou uma força por uma causa humanitária, e o deslocamento feminino para outras tarefas além das domésticas. Em 1927, a Liga iniciou a primeira das catorze campanhas “Pró-Selos da Tuberculose”, que teve seqüência até meados de 1949, que ajudou com as despesas e a manutenção da obra.



Actas Completas e Resumos do 3º Ciclo Ibero-Americano de Diálogos Contemporâneos: Saúde, Doenças e Práticas Terapêuticas

Thiago S. Reis & Magno Fonseca Borges (orgs.)

Editora Cravo | Porto | Portugal | 2024 | ISBN 978-989-9037-71-7

SELOS DAS CAMPANHAS PRÓ-TUBERCULOSOS POBRES  
LIGA PAULISTA (1927-1941)



1927 - 1928



1928 - 1929



1929 - 1930



1930 - 1931



1933 - 1934



1935 - 1936



1937 - 1938



1939 - 1940



1941 - 1942

Fonte: Coleção Particular de Selos do Professor Dr. José Rosemberg

Clemente Ferreira teve uma vida longa, vários revezes fúnebres na família, perdendo entes queridos e amigos, mas viu os seus esforços para a sanar a Peste Branca serem coroados de êxito, mesmo não tendo alcançado seu nome como um dos grandes higienistas do Estado. Sua luta mostrou que se tratava e ainda se trata de uma doença social, pois as condições onde a Tuberculose está presente só podem ser efetivamente erradicadas com um planejamento habitacional, educacional, cultural e social.

Muitos foram os literatos, poetas e músicos que freqüentavam as célebres Arcadas do Largo de São Francisco e que escreveram sobre a doença de forma enaltecida, romântica, e acabaram morrendo também desse mal.



3º ciclo  
ibero-americano  
de diálogos  
contemporâneos

SAÚDE, DOENÇAS  
E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS

26, 27 e 28 | SET | 2023

Porto | Portugal

Morreu Clemente Ferreira em 1947, com mais de 80 anos, deixando uma magnífica obra, o exemplo de um grande esforço, que em outros trabalhos nos aprofundaremos, pois neste ensaio queremos apenas visibilizar o trabalho da Liga Paulista Contra a Tuberculose.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELINO, Y. D., FLÓRIO, M. (Orgs.). *Polifonias da Cidade*. São Paulo: D'Escrever, 2009.

GLEZER, R. *Chão de Terra e Outros Ensaio Sobre São Paulo*. São Paulo: Alameda, 2007.

GOMES, H. Primeiras ações contra a tuberculose no Brasil partiram de Liga criada em 1900 (entrevista com Dilene Raimundo do Nascimento). *Portal Fiocruz*, 2017. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/primeiras-acoes-contra-tuberculose-no-brasil-partiram-de-liga-criada-em-1900>. Acesso em: set. 2023.

GURGEL, C. B. F. M. A tuberculose na História. *Boletim da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp*, 2019. Disponível em:

[https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais\\_historia/tuberculose-na-historia](https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais_historia/tuberculose-na-historia).

Acesso em: jul. 2023.

RIBEIRO, L. *A Luta Contra a Tuberculose no Brasil*. Rio de Janeiro: Editorial Sul Americana, 1956.

ROSEMBERG, A. A. *Guerra à Peste Branca: Clemente Ferreira e a Luta Contra a Tuberculose (1889-1947)*, Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2008.

TOLEDO, R. P. de. *A Capital da Vertigem: Uma História de São Paulo de 1900 a 1954*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

133

