

# Pluralidade de Saberes

VOLUME II

Ivo Dickmann  
Ivanio Dickmann  
Julie Luiza Carboni  
organizadores

**Pluralidade de Saberes**  
**Volume II**





Ivo Dickmann  
Ivanio Dickmann  
Julie Luiza Carboni  
(Orgs.)

**PLURALIDADE DE SABERES – VOLUME II**

Editora Livrologia  
Chapecó-SC  
2019

---

**EDITORA LIVROLOGIA**

Rua Vicente Cunha, 299  
Bairro Palmital - Chapecó-SC  
CEP: 89.815-405  
Telefone e Whatsapp:  
(49) 98916-0719  
franquia@livrologia.com.br  
www.livrologia.com.br

**CONSELHO EDITORIAL**

Jorge Alejandro Santos - Argentina  
Francisco Javier de León Ramírez - México  
Ivo Dickmann - Brasil  
Ivanio Dickmann - Brasil  
Viviane Bagiotto Boton - Brasil  
Fernanda dos Santos Paulo - Brasil

---

© 2019 - Editora Livrologia Ltda.

Coleção: Pluralidade de Saberes.  
Edição: Editora Livrologia.  
Capa e projeto gráfico: Ivanio Dickmann  
Imagem da capa: Freepik.com  
Preparação e Revisão: Equipe Livrologia.  
Diagramação: Ana Laura Baldo  
Impressão e acabamento: META

---

**FICHA CATALOGRÁFICA**

---

P737 Pluralidade de saberes: volume 2 / Ivo Dickmann, Ivanio Dickmann, Julie Luiza Carboni (organizadores.). 1.ed. – Chapecó: Livrologia, 2019. (Pluralidade de saberes, v. 2)

ISBN: 978-65-80329-22-9

1. Educação. I. Dickmann, Ivo. II. Dickmann, Ivanio. III. Carboni, Julie Luiza. IV. Série.

CDD 370.1

---

Ficha catalográfica elaborada por Karina Ramos – CRB 14/1056

© 2019

Proibida a reprodução total ou parcial nos termos da lei.

NOTA: Dado o carácter interdisciplinar desta coletânea, os textos publicados respeitam as normas e técnicas bibliográficas utilizadas por cada autor. A responsabilidade pelo conteúdo dos textos desta obra é dos respectivos autores e autoras, não significando a concordância dos organizadores e da editora com as ideias publicadas.

© TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfilmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos é punível como crime (art.184 e parágrafos do Código Penal), com pena de prisão e multa, busca e apreensão e indenizações diversas (art. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

## SUMÁRIO

### **Pluralidade de saberes: dialogando com a diversidade**

*Ivo Dickmann, Ivanio Dickmann, Julie Luiza Carboni ... 10*

### **Perfil das gestantes e puérperas que frequentam grupo de apoio à maternidade na cidade de Recife**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa, Juliana Maria Araújo da Silva, Yasmim Yngrid, Andrade de França, Taiwana Batista Buarque Lira ... 11*

### **A prática interdisciplinar na assistência ao parto de risco habitual: com a palavra, os enfermeiros obstetras**

*Mirtes Teresa Gomes Paiva, Isabele Marques Alves, Suzana Lins da Silva, Kéllida Moreira Alves Feitosa ... 21*

### **Motivos que influenciam na escolha da via de parto por enfermeiras da área de saúde da mulher em uma maternidade escola de Recife**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa, Glacineide Cecília dos Santos, Viviane Alves de Souza Santos, Karla da Silva Ramos ... 35*

### **Percepção das mulheres submetidas à episiotomia em uma maternidade do Recife**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa, Catherine do Nascimento Santana Amaral, Emanuelle de Carvalho e Silva, Ana Catarina Torres de Lacerda ... 50*

### **Métodos não farmacológicos para o alívio da dor em partos atendidos por enfermeiros obstetras de uma maternidade de risco habitual de Recife**

*Ada Evellyn Galdino da Silva, Kelly Albuquerque de Medeiros, Kéllida Moreira Alves Feitosa, Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade ... 60*

## **Violência obstétrica: uma revisão integrativa da literatura**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa, Brenda Neiva Ribeiro,*

*Lúcia de Fatima Pereira de Araújo Alves, Leila Dayana Firmino da Cruz ... 73*

## **Mortalidade materna: uma revisão de literatura**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa, Rachel Caroline Alves Leite,*

*Eduardo Neves Corte Real de Andrade, Tiago Moreira Alves Feitosa ... 86*

## **Perfil epidemiológico e clínico de mulheres com câncer de mama: estudo de corte transversal**

*Cristiane de Sousa Amorim, Kéllida Moreira Alves Feitosa,*

*Kátia Rejane Vergueiro César, Tâmara Raquel Ribeiro de Souza ... 100*

## **(Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa, Tâmara Silva,*

*Maria de Fátima de Araújo Silveira, Hudson Pires de Oliveira Santos Junior ... 118*

## **Lúdico desperta interesse e favorece a construção do conhecimento no âmbito da sala de aula**

*Ivete Barbosa da Costa, Renato Fernando Menegazzo ... 134*

## **Prevenir é melhor que acidentarse: análise estatística de acidentes de trabalho na construção civil no Distrito Federal de 2013 a 2015**

*Leandro Américo Gomes Alves, Eduardo Dias da Silva ... 144*

## **Avaliação da introdução alimentar de crianças matriculadas em uma creche pública do município de Campina Grande - PB**

*Suellen de Andrade Fragoso, Daniela de Campos Silva*

*Tatiany Martins Mendonça, Dêmia Kellyani Eleoterio Veiga ... 161*

## **Psicologia social e dependência química: algumas reflexões do processo de adoecimento psíquico na adolescência**

*César Ferreira da Silva, Rodrigo Augusto Mathias ... 173*

**Políticas públicas educacionais: o papel da formação continuada no desenvolvimento da educação básica**

*Ruana Soares Ribeiro ... 186*

**Vivência do luto por mães de recém-nascidos com óbito em unidade de terapia intensiva neonatal**

*Sebastião Elan dos Santos Lima, Caroline Araújo Lemos Ferreira*

*Eulália Maria Chaves Maia, Fernanda Lúcia Nascimento Freire Cavalcante ... 197*

**O olhar da coordenadora pedagógica da escola Nossa Senhora do Carmo sobre as identidades e os saberes da população do campo no processo de formação continuada dos professores**

*Francisauro Fernandes da Costa, Alzilene do Couto Ferreira*

*Edina Cristina Silva e Silva ... 209*

**Currículo disciplinar: tecendo algumas considerações sobre o contexto histórico de emergência**

*Rosiele Pinho Gonzaga da Silva, Rosa Maria Rodrigues*

*Lívia Catarina Matoso dos Santos Telles ... 224*

**Marketing Educacional do Governo Aplicado ao Programa de Curso Técnico Profissionalizante – MedioTec**

*Aparecido Portela da Silva, Wesley Michel Silva Bolsoni*

*Alex Tavares de Almeida ... 247*

**Sobre os autores e autoras ... 258**

**Índice remissivo ... 263**

## **Pluralidade de saberes: dialogando com a diversidade**

Uma obra coletiva como essa contribui para a reflexão acerca da pluralidade de aspectos que compõe a realidade que vivemos, seja na área da educação, da saúde, da psicologia, da política, enfim, nas teias do cotidiano em que nos enredamos.

Todos os textos desse livro são como uma linha a mais nessa rede de saberes – plurais, diversificados, multifacetados – onde cada autor e autora buscou dar sua contribuição para melhor interpretar o mundo e, com isso, nos instrumentalizar para intervir melhor, mudar o mundo para melhor.

A busca constante do aprofundamento do entendimento sobre o mundo, sobre a realidade, nos permite ações organizadas e eficazes para que ele se torne mais justo, solidário, amoroso, ao invés do aprofundamento das desigualdades. Acreditamos firmemente que a coletânea pluralidade de Saberes vem nessa perspectiva: ser uma reflexão de pessoas que estão permanentemente lendo o mundo, para transformar o mundo.

A Editora Livrologia tem o privilégio de contar com pessoas de todas as partes do Brasil num movimento coletivo de democratização do conhecimento, de abertura de oportunidades para que cada um que se une a nós sinta, no seu dia a dia, na sua vida pessoal e profissional – o poder do livro.

Desejamos uma boa leitura!

**Ivo, Ivanio e Julie**

*Organizadores*



**PERFIL DAS GESTANTES E PUÉRPERAS QUE FREQUENTAM  
GRUPO DE APOIO À MATERNIDADE NA CIDADE DE RECIFE**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa  
Juliana Maria Araújo da Silva  
Yasmim Yngrid Andrade de França  
Taiwana Batista Buarque Lira*

**Introdução**

Analisando o atual perfil sociodemográfico e epidemiológico da mulher brasileira observa-se que o ciclo gravídico puerperal é a segunda causa de morte nos países em desenvolvimento. Sabe-se que essas mortes são consideradas evitáveis e estão fortemente relacionadas à inadequação dos cuidados no pré-natal. Por esse motivo, as ações educativas vêm sendo considerada como prioridade pelos órgãos competentes na tentativa de mudar este cenário (OMS, 2009; BRASIL, 2012).

O amparo educativo às mulheres no período gravídico puerperal é imprescindível. No pré-natal essa estratégia não deve está limitada apenas à Unidade de Saúde. Para tanto, surge uma nova base às gestantes e puérperas, os grupos de apoio, formados por pessoas que defendem a maternidade ativa e consciente, com enfoque em uma educação dialógica (compartilhada) entre mulheres e casais baseada em evidências científicas (BARRETO, 2013).

A participação das mulheres em grupos educativos sobre a humanização do parto e nascimento fortalece o protagonismo feminino no processo de parturição, o que possibilita um planejamento adequado do parto e diminuem as escolhas de cesarianas.

Grupos de apoio foram criados com o intuito de promover o bem-estar e a segurança da mulher, quebrando tabus, pois reduz os medos e ansiedade, entendendo que toda mulher deve vivenciar uma gestação, parto e puerpério em toda sua plenitude e de forma ativa, fazendo com que ela receba seu bebê com mais segurança em si mesma, ciente e sem duvida alguma, das fases que irá passar (ALMEIDA, 2012).

Esses grupos têm como princípio promover o bem-estar e a segurança da mulher, pois reduz os medos e a ansiedade, entendendo que toda mulher deve vivenciar uma gestação, parto e puerpério em toda sua plenitude e de forma ativa, respeitando suas crenças, cultura e religião fazendo com que ela receba seu bebê com mais segurança em si mesma (ALMEIDA, 2012).

Observa-se que os grupos de apoio à maternidade se apresentam como um espaço acessível na busca por informações (ALMEIDA, 2012). Razão que justifica a inserção das diferentes características sociodemográficas das mulheres que

frequentam os grupos, embora existam aspectos diferentes, evidencia-se que mais de 80% das participantes optam pelo parto vaginal (BOREM et al., 2015; FERRARI, 2016). Assim tomando por base, as ações educativas têm sido a mola propulsora na mudança do perfil dessas mulheres (BRASIL, 2012).

Muitas mulheres não têm o conhecimento adequado para identificar que frases citadas pelos médicos no consultório, como: “a gravidez passou do tempo”, “o bebê está laçado”, “sua pressão está muito alta e não pode ter parto normal” são consideradas uma violência obstétrica. Embora não haja respaldo científico para essas “contraindicações”, os profissionais acabam usando como justificativa para induzir as mulheres na escolha pelo parto cesariano, e o medo levam muitas mulheres a mudarem a sua escolha de tipo de parto (CIELLO, 2012, TEODORO JUNIOR et. al., 2013).

As gestantes que preferem o parto vaginal, em sua maioria, foram influenciadas pelos familiares, entretanto, nenhuma por indicação médica, tendo apenas um vago saber de que a recuperação e a amamentação são facilitadas, as complicações são menores, dessa forma podem priorizar um melhor cuidado ao bebê no puerpério (WEIDLE et. al., 2014).

A busca por informações tem se tornado uma necessidade para a escolha do parto humanizado, seja por meio da mídia, como por profissionais de saúde ou grupos de apoio à maternidade ativa (TEODORO JÚNIOR et al., 2013). O incentivo à autonomia das mulheres possibilita um parto mais consciente, planejado e reduz o índice de óbitos maternos (BRASIL, 2012).

Dados mostram que a maioria das gestantes realizou de duas a quatro consultas de pré-natal associado à necessidade de saber como o filho está e receber orientações são os principais motivos pelos quais realizam a consulta. As gestantes que frequentam e participam das consultas no pré-natal e grupos de apoio apresentam um perfil de uma mulher mais autônoma sobre seu corpo, mais esclarecida sobre suas ideias, e mais confiante em si mesma (MAEDA et. al., 2014; WEIDLE, et al., 2014).

As mulheres que participam de grupos maternos sentem-se envolvidas nesta esfera de amor, respeito e oferta de informações privilegiadas dos direitos sociais, o contexto humanitário (DUARTE, 2011). As mudanças são tão profundas que alguns estudos já trazem um novo conceito para esta nova geração o “patient empowerment 2.0” numa tradução geral é entendido como “a participação ativa do cidadão na saúde” a necessidade de busca por informações é um instrumento que fortalece a reflexão crítica hoje a teoria da comunicação receptor-emissor o feedback (reação da mensagem) envolve uma análise de valores pessoais e o direito de escolhas (FERRAZ, 2015)

Diante do reconhecido esforço por partes das mulheres no resgate a sua autonomia, através de medidas educativas baseadas em evidências científicas disponibilizadas nos grupos de apoio, entende-se que o acolhimento no pré-natal deve ser fortalecido pelas políticas públicas (BRASIL, 2012).

Diante desse progresso torna-se imprescindível conhecer o perfil das mulheres que almejam a construção das próprias escolhas sobre o parto (FERRAZ, 2015). Diante do exposto, considera-se de extrema relevância investir na educação em saúde para promover mudanças profundas na mulher, sua família e aos que convivem em seu ciclo social. Logo, este estudo tem o intuito de descrever o perfil epidemiológico e obstétrico de gestantes e puérperas que frequentam grupo de apoio à maternidade na cidade do Recife.

### **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. O presente estudo foi realizado no Grupo Ishtar - Espaço para Gestantes, localizado no município de Recife, localizado na rua da hora nº100, sala 06- Espinheiro, Pernambuco. E também realizado no Grupo Boa Hora – Espaço para Gestantes, Localizado no município de Recife. O Grupo Ishtar foi criado desde setembro de 2007 e atualmente conta com 17 unidades em diferentes cidades do Brasil. Oferece encontros gratuitos e periódicos, com o objetivo de informar gestantes e casais sobre os processos que envolvem a gravidez, parto e pós-parto, com base em evidências científicas e troca de experiências entre os participantes. Em cada encontro, conta com uma média de 50 pessoas, incluindo aproximadamente 25 gestantes e puérperas, além dos seus familiares.

A população da pesquisa foi composta por gestantes e puérperas que frequentaram o Grupo de Apoio ISHTAR e o Grupo Boa Hora em 2016 e 2017. A amostra contemplou 42 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão do estudo, e se dispuseram a participar da pesquisa.

Os dados foram coletados a partir de um formulário com perguntas fechadas de múltipla escolha, com entrevista estruturada, contendo variáveis objetivas para efeito desta pesquisa. As variáveis utilizadas no estudo foram: Dados socioeconômicos: idade, raça, escolaridade, renda familiar, estado civil, ocupação, exerce atividade remunerada; Dados sobre a gravidez: número de gestações, gravidez planejada, realizou pré-natal, local do pré-natal, número de consultas pré-natais, com quantas semanas fez a primeira consulta, primeira vez que frequentou o grupo, quantas vezes frequentou o grupo de apoio, o companheiro participou dos encontros durante a gestação; Dados sobre o parto e pós-parto: local do parto, tipo de parto, teve acompanhante no parto, quem foi o acompanhante, o acompanhante estava presente em quais momentos, teve doula, a doula esteve presente em quais momentos, você fez plano de parto, o plano de parto ajudou no dia do parto, o plano de parto ajudou no pós-parto, participou do grupo após o parto, antes da participação qual parto desejado, a participação no grupo contribuiu para a escolha do tipo de parto, o seu companheiro participou dos encontros no pós-parto, qual a satisfação com o grupo de apoio, você indicaria a participação a mulheres.

A presente pesquisa segue os princípios básicos da bioética: autonomia (garante a voluntária participação dos sujeitos bem como assegura a relevância e o interesse acadêmico), tendo como benefício trazer informações sobre o perfil das mulheres que frequentam grupo de apoio à maternidade, bem como apresentar o importante papel social que os grupos possibilitam para mulheres e famílias durante o período gestacional e puerperal.

Os riscos relativos à pesquisa foram mínimos de constrangimento para os participantes envolvidos. As gestantes e puérperas que concordaram em participar da pesquisa não foram expostas em nenhum momento, com a garantia de anonimato preservado.

### **Resultados e Discussão**

No período do estudo obteve-se uma amostra de 42 gestantes. Foi possível identificar que as idades variaram de 23 a 42 anos, com o predomínio da faixa etária de 23 a 31 anos em 54,8%. Quanto à situação conjugal 59,5% eram casadas, 31%. Tinham nível superior completo e 81% das mulheres tinham ocupação remunerada.

Percebe-se que a faixa etária e a situação conjugal das participantes foram equivalentes à observada em pesquisa feita no ano de 2010 (ZAMPIERE, 2010). Diante dessas informações, fica evidente que quanto maior a idade da mulher, mais ela consegue ter autonomia sobre seu corpo, deixando ela mais segura da sua decisão e escolhe pro parto, outro fator que pesa na escolha da gestante sobre a via de parto é a opinião do companheiro, o apoio do pai da criança é essencial pra que ela consiga ter um trabalho de parto seguro e confiante.

Mulheres bem estruturadas economicamente e com grau de instrução elevado foi mais frequente na amostra. Estudos realizados anteriormente afirmam que as mulheres com condições socioeconômicas privilegiadas e a inserção no mercado de trabalho favorecem o acesso à informação sobre o processo de parto e nascimento, tendo o parto natural como primeira opção (VELHO, 2012; MARTINELLI, 2014). A falta de acesso à educação é considerada um fator limitante durante a gestação, por permitir a falta de esclarecimentos acerca da gestação e pós-parto (PROGIANTI; COSTA, 2012).

Acredita-se que a escolha pelo parto normal seja justificada quando se dispõem de esclarecimentos que fortaleçam a compreensão da dor do parto como um processo fisiológico, além de dispor de outras informações que ela desconheça, promovendo o empoderamento feminino (SANTOS, 2010).

Com relação à influência do grupo na escolha do tipo, local de parto, bem como a visão dessas mulheres sobre as ações educativas realizadas nos encontros. Sobre o tipo de parto, 69,5% das gestantes afirmam que o grupo ajudou na sua escolha de tipo de parto, bem como 30,5% não sentiram influência do grupo com relação ao tipo de parto a ser escolhido. Estudos comprovam que as mulheres apresentam uma convicção sobre seu desejo de parto, a liberdade de escolha está

associada ao acesso à informação sobre as vantagens e desvantagens de cada parto (PEREIRA, 2011, DUARTE, 2011).

Outros autores relacionam a forte influência pela escolha de via e local de parto estão relacionadas a experiências familiares (JÚNIOR 2013; SANTANA, 2015), porém, considera-se a necessidade de investigar a existência de outros fatores influenciam na decisão, visto que ao longo da gestação elas recebem muitas influências, e ter uma rede de apoio e que acredite que ela é capaz daquilo faz a diferença na escolha. Em contrapartida, um autor destaca que a escolha das mulheres pelo tipo de parto vem tendo influência direta nas orientações recebidas no grupo sobre as vantagens e desvantagens do parto cirúrgico, as informações disponibilizadas preparam as mulheres para o parto natural (BESSA, 2010).

Em algumas maternidades do SUS existem grupos de palestras que tem como finalidade dar a gestante e mulher um conhecimento sobre seu corpo, e sobre seu bebê. Incentivando elas a terem um parto mais natural possível e incentivando a amamentação, não deixando de respeitar o desejo da mulher (BRASIL, 2011)

Na atenção básica de saúde temos a Rede Cegonha, que tem como papel articular o trabalho da rede de cuidados, integrando os diferentes serviços. Nas unidades de atenção básica, é possível desenvolver e notar que as gestantes estão mais abertas a participar das ações voltadas para o acolhimento e avaliação de riscos, oferecendo ações de educação em saúde que sejam capazes de estimular e preparar para o parto normal e ampliar o conhecimento sobre o direito reprodutivo da mulher (PIO, 2014).

O estudo mostra que no pós-parto 42,4% das puérperas que utilizaram essa ferramenta ajudou de forma significativa o puerpério. Embora seja o resultado positivo, torna-se necessário investigar as causas da baixa utilização deste instrumento que contribui para o protagonismo da mulher (CORTÉS, 2015).

A escolha do local do parto envolve a influência de características pessoais, histórias ouvidas durante a gestação e a busca na compreensão das condutas profissionais, a influência do companheiro e dos familiares. O PD ainda não é predominante, mas vem se destacando em relação ao parto hospitalar, pois é confere menor necessidade de práticas invasivas, além da mulher sentir-se mais segura e ativa no parto (BRASIL, 2014).

Das participantes, 94,5% almejam o trabalho de parto natural na unidade hospitalar. Outra opção para mulheres de baixo risco obstétrico é o parto domiciliar planejado, embora, acredita-se que o ambiente hospitalar seja reconhecido como ambiente mais seguro para a parturição e por isso justifica-se a maioria da amostra preferir a assistência em nível hospitalar. Desde a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto as unidades hospitalares estão adotando um modelo assistencial humanizado, que respeitem o protagonismo da mulher e a fisiologia do parto e nascimento, fazendo então com que a mulher se sinta segura e ganhe autonomia sobre seu corpo (RABELO 2010; PORFÍRIO, 2010).

Dentre as questões deste estudo, sobre o apoio que as gestantes recebem, uma tem relevância especial, a participação dos companheiros no pré-natal. 61,9% dos homens participaram ativamente dos encontros, lançando questionamento, expondo relatos de outros colegas e compreensão do seu papel no processo da parturição (BRASIL, 2014).

O cenário escolhido para esta pesquisa pretendeu reproduzir que o cuidado no pré-natal não se limita ao âmbito médico sabendo que os grupos de apoio às gestantes têm se mostrado um complemento na assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2011). As ações realizadas nos grupos consistem em um instrumento eficaz, capaz de facilitar e permitir que a gestante, ao entrar em contato com outras pessoas do grupo, construa a seu próprio saber e reconstrua o seu modo de pensar e agir, desenvolvendo na mulher a potencialidade de decisão ligada ao parto bem como, sua saúde e ao bem-estar e vivência social (BESSA, 2010).

Nota-se que as ações educativas que são realizadas pelo sistema de atenção básica são altamente recomendadas. Existem alguns estudos que apontam como essas práticas vêm mudando a assistência ao pré-natal. Deve-se levar em consideração que os efeitos que essas ações têm sobre a Unidade Básica de Saúde e a gestante são extremamente importante para que a evolução e a atualização do modelo de ações educativas possam ser atualizadas (REBETE, 2012).

Embora os grupos de apoio sejam restritos a algumas localidades, a busca por esses grupos tem crescido consideravelmente a cada ano, tendo em vista que o perfil obstétrico das mulheres brasileiras encontra-se mais consciente e empoderada (DEUCHER et. al., 2004; ALMEIDA, 2012). A educação no pré-natal tem um fator determinante na escolha do tipo de parto o grupo de apoio, disponibiliza diversas informações baseadas em evidências científicas sobre gestação, parto e puerpério conseguindo abordar várias temáticas, quebrando seus tabus e mitos, porém fortalecendo as crenças individuais da mulher deixando-as preparadas para esse tipo de parto (RIBEIRO, 2016).

### **Conclusão**

Diante dos resultados do presente estudo, foi possível identificar que as ações realizadas no grupo têm como finalidade fortalecer as escolhas das mulheres para que sejam feitas de forma conscientes, considerando que o grupo de apoio como uma ferramenta capaz de minimizar a ansiedade e desmistificar informações socioculturais que apresentam o parto normal como um evento doloroso e perigoso.

As mulheres percebem o grupo como instrumento fundamental para a troca de informações, cujo objetivo é apoiar, informar e, sobretudo, acolher as expectativas durante o período gestacional. A maioria das mulheres apresentaram nível de escolaridade elevado e estabilidade financeira, o que sugere a associação do acesso facilitado aos grupos de apoio social em mulheres com condições sociais favoráveis.

Com relação aos aspectos desfavoráveis encontrados no estudo, as redes sociais são ferramentas esclarecedoras utilizadas pelo grupo sobre temas relacionados ao parto e nascimento, assim, as participantes desfrutaram da possibilidade de informação e o suporte social através das redes sociais, no entanto o acesso a informações permanece apenas disponível aos “amigos do grupo”. Embora a mídia social seja considerada um instrumento educativo acessível e bastante amplo, ainda se depara com a impossibilidade de acesso aos conteúdos disponibilizados, limitando-se aos membros, impondo padrões os grupos sociais são mais restritos do que se supunha (MENDONÇA, 2013).

Considerando que este campo de pesquisa se encontra em uma fase de construção, a pesquisa atual proporcionou evidências para uma abordagem ampliada sobre a importância dos grupos de apoio à maternidade. No entanto, presente estudo encontrou limitações significativas para uma análise mais apurada, devido à quantidade reduzida de participantes. Sugere-se, dessa forma, a realização de novas pesquisas sobre essa temática de forma que sirva de incentivo para que novos casais tenham acesso à informação de qualidade durante a gestação e pós-parto, tanto na atenção primária, como na rede de apoio filantrópica e sem fins lucrativos.

Embora a porta de entrada ao grupo seja aberta a todos os níveis sociais, quando se considera o universo estatístico desfavorável, o grupo ainda não é uma alternativa popular.

Diante do exposto nota-se a necessidade de ampliar o investimento em ações educativas destinadas às gestantes e puérperas atendidas na atenção básica, a fim de garantir o acesso a todas as mulheres para que elas possam fazer escolhas de forma consciente e que possam conhecer melhor os seus direitos no momento do parto.

### Referências

ALMEIDA, A.B.; LACERDA, D.A.L. Extensão universitária na formação de um grupo de gestantes. *Revista ciência em extensão*, v.8, n.1, p.152-160, 2012.

ALMEIDA, M.R.D.C.B., et. al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.15, n.1, p. 79-85, 2011.

ALMEIDA, N.A.M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M.R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto e Contexto Enfermagem*, v.21, n. 4, 2012.

ANDRADE, R.D., et. al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*, v.19, n.1, p.181-186, 2015.

BARRETO, S.R. Educação em saúde: com grupo de gestantes- percepção do enfermeiro, 2013.

CAMPOS, S.A.; ALMEIDA, A.C.H.; SANTOS. R.P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. Revista de enfermagem UFMS, v.4, n.2, p.332341, 2014.

CIELLO, C., et. al. Violência Obstétrica “Parirás com dor”, 2012.

DEUCHER, C.V.; BUZZELO, C.D.S.; ZAMPIERI, M.D.F.M. Grupo de gestantes e/ou casais grávidos: a universidade interagindo com a comunidade. Revista eletrônica de extensão, v.1, n.1, 2004.

DUARTE, S.J.H.; BORGES, A.P.; ARRUDA. G.L. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiências de um projeto de extensão da universidade federal do mato grosso. Revista de enfermagem do Centro Oeste mineiro, v.1, n.2, p.277-282, 2011.

FERRARI, A.P.; CARVALHAES, M.A.B.L.; PARADA, C.M.G.L. Associação entre pré-natal e parto na rede de saúde suplementar e cesárea eletiva. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.19, n.1, p. 75-88, 2016.

FERRAZ, M.; ALMEIDA, A.M.; MATIAS, A. A influência da web na tomada de decisão da grávida: rastreio pré-natal e tipo de parto. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, v.9, n.4, 2015.

FRANCISCO, B.S., et. al., Percepção dos pais sobre suas vivências como acompanhante durante o parto e nascimento. Revista Mineira de Enfermagem, v.19, n.3, p.567-575, 2015.

JUNIOR, T.L.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. Revista Bioética, v.21, n.3, p.509-517, 2013.

LEISTER, N. Transformações no modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980, 2011.

MAEDA, T.C., et. al. Importância atribuída por puerperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, v.3, n.2, p.6-18, 2014.



## Pluralidade de Saberes

MENDONÇA, S.S. Mudando a forma de nascer: agência e construções de verdades entre ativistas pela humanização do parto, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015. Brasília-DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNAB Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher, princípios e diretrizes. Brasília-DF, 2011.

MORAIS, F.R.R. A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Mulheres e saúde evidências de hoje agenda de amanhã, 2009.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. Revista Saúde Social, v.20, n.3, p.579-589, 2011.

PIO, D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. Revista Saúde e Sociedade, v.23, n.1, p. 313-324, 2014.

TEIXEIRA, D., et. al., Alimentação e nutrição na gravidez. Programa nacional para promoção da alimentação saudável, 2015.

WEIDLE, W.G., et. al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? Caderno de Saúde Coletiva, v.22, n.1, p.46-53, 2014.

## A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL: COM A PALAVRA, OS ENFERMEIROS OBSTETRAS

*Mirtes Teresa Gomes Paiva*

*Isabele Marques Alves*

*Suzana Lins da Silva*

*Kéllida Moreira Alves Feitosa*

### **Introdução**

A mortalidade materna é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estima-se que mais de 500.000 mulheres morram de complicações gestacionais e do parto todos os anos e que aproximadamente 7 milhões de mulheres que sobrevivem às complicações, sofrem com suas consequências<sup>(1)</sup>. É considerado um excelente indicador de saúde da mulher, e de forma indireta, um excelente indicador de saúde da população em geral; reflete também o desenvolvimento econômico e as desigualdades sociais em uma população<sup>(1-2)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como morte materna aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após seu término. Classificam-se de acordo com suas causas em: mortes obstétricas diretas que são aquelas relacionadas com complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério, decorrentes de intervenções, omissões ou tratamento incorreto; obstétricas indiretas estão incluídas as doenças anteriores à gravidez ou que se desenvolvem nesse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez e as não obstétricas, relacionadas a causas acidentais ou incidentais<sup>(1-2)</sup>.

Diante disto, o Ministério da Saúde (MS), criou em 2011 a Rede Cegonha e em 2017 lançou as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, ambos com objetivo prioritário de assegurar uma assistência humanizada e qualificada na gravidez, parto e puerpério, assim como oferecer uma assistência de qualidade ao recém-nascido, difundindo as práticas baseadas em evidências, uniformizando a assistência prestada, promovendo mudanças nas práticas clínicas e reduzindo intervenções desnecessárias. Reforçam a importância do papel do enfermeiro obstetra e do obstetriz, por serem responsáveis pela redução de intervenções e por promoverem a maior satisfação entre as mulheres atendidas<sup>(3)</sup>.

Outra grande dificuldade na assistência à saúde no Brasil é a ausência de uma ideologia de trabalho em equipe que resulte na melhoria dos indicadores de saúde, particularmente na assistência perinatal<sup>(4,5)</sup>. Nessa perspectiva, grande parte das complicações que envolvem a saúde materna e perinatal, reflete que a equipe não atua de forma conjunta, possuem uma comunicação desarticulada e deficiente. Da

mesma forma, a forte hierarquia presente entre os seus membros, destacando-se a hegemonia médica, dificulta, e muitas vezes impossibilita, que outras categorias profissionais possam atuar de forma a contribuir para melhorar os resultados<sup>(4)</sup>.

Apesar da Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil ter sido publicada há 15 anos, o tema humanização na saúde é um tema recorrente e perpassa pela necessidade de uma maior e melhor relação entre os membros da equipe de saúde, tendo como alicerce a transversalidade da comunicação, desestimulando a verticalidade, e consequentemente a hierarquização, levando a uma homogeneização dos discursos e dos profissionais<sup>(6)</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo justifica-se pela necessidade de avaliar a percepção dos enfermeiros obstetras sobre a atuação interdisciplinar na assistência ao parto de risco habitual, com o intuito de compreender os entraves e as perspectivas no cuidado às mulheres.

### **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, pela possibilidade de se captar a maneira pela qual os participantes pensam frente às questões focalizadas e de se conhecer a dinâmica e a estrutura da situação do estudo, sob o ponto de vista de quem o vivencia<sup>(7)</sup>, realizado entre os meses de fevereiro e junho de 2016.

O cenário do estudo foi a maternidade escola do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), um complexo hospitalar inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência no atendimento às gestantes de alto risco no Estado de Pernambuco, localizado no município de Recife. Neste local, a média mensal de partos é de 260, atendidos por uma equipe interdisciplinar, composta por enfermeiros obstetras, técnicos de enfermagem, médicos obstetras, neonatologistas e anestesistas. O setor de pré-parto dispõe de 14 leitos que são reservados para o atendimento à gestante de alto risco e cinco leitos para gestantes de baixo risco, no setor denominado “Espaço aconchego”.

A população caracterizada para efeito desta investigação foi composta por enfermeiros obstetras que integravam a equipe responsável pela assistência às mulheres de risco habitual no local do estudo. Foi utilizada a amostragem intencional, proposital ou deliberada, a partir da seleção dos profissionais. Neste processo, a determinação do tamanho da amostra foi por saturação teórica dos dados, cujo processo de seleção foi interrompido quando se tornou claro que esforços adicionais durante a coleta de informações não trouxeram mais nenhuma variedade<sup>(8)</sup>.

Incluíram-se todos os enfermeiros com título de especialista em obstetrícia e atuação em sala de parto por no mínimo de um ano e excluídos os profissionais que estavam em período de férias ou em regime de licença médica.

Para coleta dos dados, utilizou-se como instrumento um formulário, contendo informações sobre formação profissional, idade, sexo, área de atuação profissional e tempo de experiência em obstetrícia, além de um roteiro para entrevista semiestruturada, contendo cinco questões norteadoras: 1) Quando eu falo sobre “interdisciplinaridade” na assistência ao parto normal, o que vem em sua mente? O que você entende por interdisciplinaridade? 2) Na sua opinião, o que você acha de a mulher ser assistida, durante o trabalho de parto e parto, por um médico e/ou por um enfermeiro obstetra? 3) Na sua formação profissional houve disciplina que abordasse sobre a interdisciplinaridade? Fale-me sobre a experiência nesse assunto durante a sua formação. 4) Quais as dificuldades encontradas para a sua atuação interdisciplinar na assistência ao parto normal? O que poderia melhorar? 5) Qual a sua experiência na prática da interdisciplinaridade como enfermeiro da equipe interdisciplinar?

A entrevista foi respondida de forma individual e em local privativo nos horários previamente agendados, conforme a disponibilidade do participante. Na ocasião, o pesquisador informou os objetivos, a justificativa do estudo e esclarecimento de todas as dúvidas com relação ao estudo.

Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin<sup>(7)</sup>, do tipo conteúdo temático, e apresentados em forma de categorias. A análise das entrevistas foi realizada após a leitura exaustiva dos seus conteúdos, depois da edição das narrativas, com a supressão de vícios de linguagem e de ideias repetidas, preservando as diferenças individuais de expressão.

Após releituras do conteúdo das entrevistas, foram agrupados os relatos de cada entrevistado e realizado o agrupamento dos temas, quando se conseguiu estabelecer com maior clareza as percepções e as categorias emergentes de cada item, pela similaridade das falas. Esse processo de análise foi realizado por cada um dos pesquisadores e posteriormente, comparado, de forma a validar os achados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do IMIP, com aprovação, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 27877914.2.0000.5201 e parecer nº 705.164. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De modo a preservar o anonimato, os sujeitos da pesquisa foram identificados através de letras, acompanhadas de número em ordem sequencial.

### **Resultados e Discussão**

Os participantes encontravam-se na faixa etária entre 25 e 35 anos. Dos seis entrevistados, apenas um era do sexo masculino. O tempo de atuação na área de obstetrícia variou entre 3 a 14 anos.

Na análise de conteúdo, emergiram as seguintes temáticas: 1) A prática interdisciplinar na formação profissional; 2) Assistência de enfermagem no contexto

da interdisciplinaridade; e 3) O atendimento interdisciplinar ao parto: uma experiência ao alcance.

Os dados apresentados a seguir nos levam a uma reflexão sobre a visão dos enfermeiros obstetras sobre prática interdisciplinar na assistência ao parto de risco habitual. Com base na análise das falas, foi possível identificar a concepção sobre a importância que o trabalho interdisciplinar traz para o binômio mãe-bebê durante o processo de nascimento.

### 1) A prática interdisciplinar na formação profissional

Essa categoria permitiu identificar que na graduação houve deficiência ou até mesmo a ausência da abordagem interdisciplinar. Foi percebido pela falta de clareza suficiente para demonstrar como foi direcionado esse assunto na formação acadêmica.

[...] Não, na pós não e na faculdade muito menos [...] (E2).

[...] Teve! Em alguns momentos foram abordados na graduação, mas disciplina específica, não! O tema foi abordado em algumas disciplinas, como sub tópicos [...] (E3).

[...] Na faculdade? Não! Só a formação da faculdade, não! [...] (E5).

A implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais ainda é um desafio aos currículos dos cursos superiores em saúde. Os profissionais têm como cenário de prática, durante a formação acadêmica, ambientes hospitalares, clínicas e unidades de saúde em que predomina, ainda, um modelo de atenção individualizado. Isso leva a uma falta de preparo para agir junto à equipe de saúde e atuar sob a visão da interdisciplinaridade<sup>(9)</sup>.

[...] Durante a formação acadêmica fica mais difícil a gente ter esse contato diretamente com outros profissionais, até porque eles acham que a gente não tem experiência, que a gente não sabe nada. Até os próprios colegas de enfermagem ficam com o 'pezinho' atrás [...] (E6).

Segundo a análise das falas, nota-se a falta de oportunidade dos acadêmicos se inserirem na prática, como futuros membros da equipe multidisciplinar, não são inseridos na prática, impossibilitando ações interdisciplinares e a soma dos saberes. Isso é percebido dentro da própria categoria da enfermagem.

O estágio curricular supervisionado previsto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais é um momento especial para o aluno, onde são colocados em prática toda a teoria adquirida no decorrer do curso. Para a efetivação da estratégia pedagógica proporcionada pelo estágio, deve haver uma ampliação das relações humanas. Deverá ser proporcionado ao graduando uma maior autonomia, através de um contato direto com realidade da saúde da população, do ambiente de trabalho e das relações nele

envolvidas, visando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a intensificação da relação entre teoria e prática<sup>(10,11)</sup>.

Portanto há a necessidade de implementar mudanças nos cursos de graduação, objetivando transformar esse cenário, a partir da reformulação do modelo da formação dos profissionais da saúde e através da adoção de metodologias, no processo ensino-aprendizagem, que proporcionem e estimulem a vivência interdisciplinar na formação acadêmica.

A mudança é resultado de reflexões da comunidade acadêmica e da própria gestão das instituições formadoras que devem buscar, de maneira constante, a qualidade do ensino; a busca da interdisciplinaridade como forma de atuação produz interação e integração e não somente a superposição de disciplinas científicas e ainda promovem mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos envolvidos<sup>(11)</sup>.

Ainda, nessa categoria foi possível relatar falas sobre a importância de uma equipe interdisciplinar unida, com o mesmo propósito no trabalho de parto e parto, para promover humanização e melhor qualidade na assistência à parturiente.

[...] Vejo como uma coisa bem positiva [atuar em equipe]. Cada um fazendo aquilo que sabe de melhor, tudo isso contribui, com certeza na assistência ao parto normal. Então, interdisciplinaridade é todos trabalhando em benefício da mulher ter um trabalho de parto e um parto de qualidade... Que elas possam se sentir satisfeitas... E é muito positivo! [...] (E1).

[...] Várias categorias profissionais atuando em conjunto com o mesmo objetivo, dando uma assistência adequada à parturiente [...] (E3).

[...] É uma assistência que inclui vários profissionais?! A inclusão de várias áreas (silêncio). Interdisciplinaridade é um trabalho realizado por diversos profissionais, visando o mesmo fim. No caso aqui, a assistência ao parto... Aqui a gente trabalha o enfermeiro, médico, técnico, a doula, todo mundo em conjunto para um mesmo... objetivo [...] (E4).

A atuação interdisciplinar significa trabalhar com diferentes pessoas, formações e habilidades; diversas disciplinas, intencionalmente, relacionam-se para alcançar uma maior abrangência de conhecimento entre si. O trabalho em equipe resulta em maior produtividade, melhoria na comunicação e tomada de decisões. Além disso, proporciona aos profissionais melhora da autoestima, bem-estar psicológico e apoio social<sup>(5)</sup>.

É inegável a importância da enfermagem obstétrica na equipe multidisciplinar durante cuidado à parturiente, todavia para que essa assistência tenha sucesso faz-se necessário uma interação entre a equipe multiprofissional, como preconiza as políticas públicas de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil, atendendo as recomendações emanadas pela Organização Mundial de Saúde<sup>(12)</sup>. O empenho de toda a equipe em prol da assistência

humanizada ao parto é o caminho para uma assistência de qualidade, contribuindo para uma experiência satisfatória tanto para a mãe quanto para o recém-nascido<sup>(13)</sup>.

Proporcionar uma assistência humanizada significa conceder à mulher espaços para que desenvolva sua autonomia durante todo o processo, estimulando-a para que se torne protagonista da sua história; significa proporcionar um acompanhante a sua escolha, ouvir suas necessidades, vontades e medos, informar à paciente os procedimentos a que será submetida e caso a mulher aceite, realizar técnicas não invasivas de cuidado; constitui reconhecer os diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas em relação à gravidez, ao parto e ao nascimento<sup>(3,14)</sup>.

[...] A humanização como um todo é a junção de todos os... Como é que posso dizer?... Uma equipe multiprofissional, multidisciplinar atuando naquele ponto, aqui no caso, a gente tem a equipe médica, a equipe de enfermagem, as doulas... vai depender também da necessidade da paciente naquele momento [...] (E2).

A partir das narrativas, entende-se que há uma mescla de profissionais, com condutas humanizadas, respeitando e protegendo o momento da mulher, buscando uma assistência de qualidade, tornando o momento do parto, mais seguro, satisfatório e saudável para a mulher, utilizando meios não farmacológicos e conhecimentos mútuos que favorecem o momento da mulher e do bebê no parto.

Percebe-se também que o enfermeiro se insere na equipe interdisciplinar e reconhece sua importância na atenção às necessidades da parturiente. Essa é uma realidade também observada em outro trabalho realizado com enfermeiros obstetras na região sul de Santa Catarina, que destacou a importância do apoio da equipe multiprofissional para o fortalecimento da autonomia do enfermeiro e consequentemente a melhoria da assistência como um todo<sup>(15)</sup>.

## **2) Assistência de enfermagem no contexto da interdisciplinaridade**

Nessa categoria foi possível observar a insatisfação com alguns profissionais médicos que compõe a equipe multidisciplinar da instituição. Muitos desses profissionais desfazem métodos que estão sendo utilizados na abordagem natural praticada pelos enfermeiros, ou ainda, utilizam-se do excesso de mecanismos intervencionistas na assistência, sem o consentimento da parturiente, nem tampouco dos demais membros da equipe, tornando a assistência ao parto apropriada para as necessidades e particularidades desta categoria e marcada pela hegemonia médica e pelo autoritarismo. Essa atitude leva também à exclusão da autonomia da mulher sobre seu corpo no momento do parto.

[...] Em relação à atuação interdisciplinar... Muitas vezes eles (médicos) têm condutas totalmente diferentes [...] (E1).

## Pluralidade de Saberes

[...] A gente orienta a mulher ficar em posições verticalizadas, por exemplo, de cócoras, aí tem médico que não quer... quer apenas uma posição que seja favorável a eles. Temos certas resistências para modificarmos [...] (E2).

[...] Alguns profissionais têm um pouco mais de resistência com as condutas dos outros[...] (E5).

Nesse contexto, nota-se uma barreira existente na equipe multiprofissional, em especial travada entre profissionais médicos e enfermeiros obstetras na assistência ao parto natural. Observa-se também que o médico obstetra passa a ser o centro da cena, desmerecendo decisões da equipe de enfermagem e tirando da mulher o direito de participar ativamente do nascimento do próprio filho.

Segundo a OMS, a presença central e preponderante de profissionais médicos, principalmente obstetras e pediatras, não tem resultado em avanços significativos na melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade materna e perinatal no país. O médico, pela sua formação, obviamente está mais capacitado a lidar com as mulheres e recém-nascidos de alto risco e com as complicações sérias que podem surgir durante a gravidez, o parto e o nascimento<sup>(4,16-17)</sup>.

A humanização no campo obstétrico hospitalar deve estar fundamentada em uma assistência menos intervencionista, mais emotiva e com respeito aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Nessa perspectiva, a implementação das práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde, que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Contudo, na realidade de muitos serviços de saúde, muitas das recomendações ainda não foram introduzidas ou encontram resistência para sua efetivação<sup>(18)</sup>.

Mesmo em instituições onde existe e é seguido o modelo do parto humanizado, ainda há distorções sobre o processo, tornando a assistência despersonalizada e mecanicista, onde a mulher, que deveria ser a protagonista de todo o processo, encontra-se submissa, confusa e temerosa. São também entraves na implantação do modelo humanizado de trabalho de parto a infraestrutura deficiente dos serviços de saúde e a falta de recursos financeiros<sup>(19)</sup>.

[...] Ainda existe uma barreira... A gente já alcançou um espaço muito bacana, mas ainda tem aquela barreira, principalmente entre o médico e o enfermeiro. Fica naquele impasse: de onde, até onde a gente pode ir... Ou eles... Sabe?! Ainda tem... Não é um atrito, mas... Existe uma barreira ainda que a gente tende a quebrar a cada dia [...] Não é cem por cento aquela... Aquela relação muito aberta, assim... Sempre tem aquela "HIERARQUIA" (reforçou a palavra) que eles se sentem como se fossem soberanos e a gente está submissa a eles ainda... Eu acredito que, às vezes é isso que acontece [...] (E4).

Diante da fala, percebe-se a necessidade que as instituições incentivem o trabalho conjunto da equipe, que contemple as peculiaridades dos indivíduos e que tenha complementaridade das atuações dos diversos profissionais envolvidos (médicos, enfermeiros, doulas, parteiras tradicionais). Logo, o papel da equipe



multidisciplinar no processo do nascimento, deve garantir segurança à mulher para vivenciar este momento tão significativo de sua vida<sup>(4,20)</sup>.

Uma pesquisa qualitativa realizada no extremo sul de Santa Catarina com enfermeiros obstetras, apresenta dados semelhantes, onde a resistência de alguns médicos foi apontada na fala de três enfermeiros. No referido trabalho validou-se a hipótese de que a enfermeira obstetra encontra dificuldades na autonomia para o processo de parturição com a equipe multiprofissional, principalmente em relação ao profissional médico<sup>(15)</sup>.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) elucida que os Enfermeiros Obstetras e Obstetrizas são profissionais plenamente habilitados para a assistência ao parto normal no Brasil e cita a Lei 7498/86, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências e o artigo 9º do decreto de Lei 94.406/87, que ressalta que os Enfermeiros Obstetras e Obstetrizas tem autonomia profissional na assistência. Logo, entende-se que não há subordinação entre as profissões<sup>(21)</sup>.

Num estudo de revisão integrativa acerca de violência obstétrica institucional, foi evidenciado como fator negativo predominante, a formação dos profissionais de saúde, em especial a dos médicos, como parte estruturante do contexto de crescente medicalização do parto<sup>(22)</sup>.

Nos diálogos citados é notório as entaves e deficiências da assistência conduzida por muitos profissionais; em contrapartida, a proposta de trabalho da enfermagem remete a uma visão holística do ser humano e desmedicalizada; sua autonomia como profissional deve ser preservada, para tanto, os profissionais de saúde devem atuar em conformidade com a legislação brasileira e em conformidade também com as resoluções e pareceres normativos dos Conselhos e categorias a que se inserem.

Certamente é indiscutível que a decisão final sobre determinadas práticas e realizações, sobretudo nos casos de mulheres e recém-nascidos de alto risco, é exclusiva do médico obstetra, notadamente em virtude da sua formação. Por outro lado, essa mesma formação o faz intervir com mais frequência<sup>(4)</sup>.

[...] Com a equipe médica é mais assim, técnico entendeu? Vai ali abre a perna faz uma forcinha e sai, ele não vai olhar, são poucos os médicos que tem humanização na hora do parto [...] (E2).

[...] Faz diferença pela questão da formação, né? Eles são... Eles, os médicos, quando falo! São formados pra intervir! Vêm, fazem a avaliação e vão embora! Só fazem a avaliação mais objetiva, do ponto de vista obstétrico, mas não vêm a questão, assim... Do contexto geral... Uma interferência biopsicossocial. Aí, eu acho que o enfermeiro obstétrico, a obstetriz, elas são... a formação dela é mais voltada pra esse olhar mais amplo. A gente não vê só a clínica, em si, só a condução do trabalho de parto, clinicamente falando, a gente vê num contexto mais geral, das necessidades ampliadas da mulher [...] (E3).

Na maioria dos diálogos, percebe-se uma diferença considerável nas condutas de profissionais médicos comparadas com a assistência da enfermagem. O

enfermeiro busca um atendimento visando a mulher em todos os aspectos e preocupando-se com suas particularidades, seus anseios, resgatando o parto como um processo fisiológico.

Embora a temática humanização na saúde seja algo recorrente em nossos dias, esse assunto é pouco abordado dentro das universidades. Sua inclusão nos debates de reformulação curricular é algo imprescindível, assim como seu enquadramento nos relacionamentos entre os envolvidos no processo de formação. A humanização deveria ser o eixo norteador no ensino em saúde, pois promove uma visão mais abrangente da promoção, prevenção e assistência à saúde<sup>(22)</sup>.

### **3) O atendimento interdisciplinar ao parto: uma experiência ao alcance**

O nosso local de estudo apresenta uma proposta interdisciplinar que vem se tornando cada vez mais efetiva. A participação de vários profissionais da saúde em prol da assistência à mulher na sua integralidade e subjetividade, conforme recomenda o MS em suas políticas públicas, vem sendo cumprida, tornando este hospital filantrópico, um modelo de referência à saúde materno-infantil.

[...] A gente consegue ter uma relação muito boa com a equipe médica, sentar, conversar e ter uma ação melhor naquele momento [...] (E2).

[...] A minha experiência é essa, do dia a dia, a gente trabalha aqui em conjunto, então a gente discute muitos casos [...] (E4).

[...] Diariamente a gente tem relação com outros profissionais, outras categorias... E com as atividades de orientação, de assistência, de intervenção, quando necessário [...] (E5).

Estudo afirma que entre os principais desafios a serem vencidos para sucesso da assistência colaborativa, estão: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos, a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros, o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, o que pode inibir os demais membros da equipe<sup>(5)</sup>.

No entanto, é possível observar, através das falas que neste serviço, a prática interdisciplinar é algo viável. A convivência entre os profissionais que atuam na assistência ao parto, o diálogo, atrelado às boas condições do ambiente de trabalho, são fatores fundamentais que permitem a prática sob os preceitos da interdisciplinaridade, onde cada um atua conforme sua competência técnico-científica.

[...] Quando a gente trabalha, realmente, com equipe formada, a gente consegue ter abertura pra compartilhar da opinião de outros profissionais... A gente vai, entra em consenso de como seria a melhor forma de agir diante daquela situação, porque não existe nenhum padrão formado, cada pessoa tem suas necessidades específicas [...] (E3).

## Pluralidade de Saberes

[...] Se eu vejo alguma alteração aqui na paciente, né, aí eu faço o exame físico. Exemplo, eu vejo alguma alteração, aí eu peço um parecer do médico obstetra [...] O pessoal vem tranquilamente! Então é a experiência diária, sempre... Com todos os profissionais [...] (E6).

O trabalho em saúde deve ser entendido como coletivo, embora dentre as diferentes categorias ainda predomine a tendência em satisfazer aspirações profissionais e criar hegemonias, a interdisciplinaridade assume grande importância à medida que identifica e nomeia uma mediação possível entre saberes e competências<sup>(23)</sup>.

Observa-se nas falas, que, na vivência interdisciplinar, as categorias de destaque na assistência ao parto (enfermeiros e médicos) atuam conforme sua formação e campo de competência e que, diante de situações específicas, integram seus saberes, para proporcionar segurança para o momento do parto.

### Conclusão

A abordagem interdisciplinar é uma estratégia importante para direcionar a assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido em sala de parto, devendo ser incentivada pelos gestores em toda a rede de assistência à saúde. No entanto, é considerado um tema ainda pouco discutido no âmbito hospitalar no momento do parto.

Percebeu-se que a prática interdisciplinar vem sendo consolidada e incorporada gradativamente em sala de parto e cada profissional assume seu espaço, de acordo com sua competência. Foi possível identificar que em sua maioria os enfermeiros obstetras se sentem respeitados em suas decisões e conseguem interagir de forma tranquila no momento do parto com toda equipe, atendendo os preceitos da assistência humanizada ao parto. Os enfermeiros obstetras mostraram ter alcançado espaço significativo para sua atuação, possibilitando respeitar o processo natural do parto e a mulher como protagonista, oferecendo-lhe apoio e segurança necessários à condução da assistência.

No entanto, destaca-se a resistência à postura hegemônica de alguns membros que compõem a equipe, que por vezes, compromete um dos pilares básicos da humanização, que é a assistência multiprofissional e integral à parturiente e ao recém-nascido. Dessa forma, torna-se necessário avançar nas discussões sobre a formação acadêmica e reforçar a abordagem interdisciplinar ainda na formação das diferentes categorias profissionais que atuam em sala de parto.

## Referências

Dias JMG, Oliveira APS de, Cipolotti R, Monteiro BKSM, Pereira R de O. Maternal mortality. Rev Médica Minas Gerais [Internet]. 2015;25(2):168–74. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2238-3182.20150034>

Lima DR, Ribeiro CL, Garzon AMM, Henriques TRP, Souza KV de. Análise dos fatores intervenientes da mortalidade materna Introdução Método. Enferm Obs [Internet]. 2016;3(25):1–6. Available from: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/25>

Ministério da Saúde, Secretaria de Ciências T e IE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. 53 p. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)

Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Cadernos HumanizaSUS. 2014. 5-465 p. Available from: [http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)

Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente\*. Cogitare Enferm [Internet]. 2015;20(3):636–40. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1241/40016-162735-1-pb.pdf>

Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1037-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>

Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª. Lisboa; 2006.

Gil AC. Projetos elaborar projetos de pesquisas. 5ª. Atlas, editor. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo; 2010. 137-42 p.

Cardoso AC, Corralo DJ, Krahl M, Porto L. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. Rev da ABENO [Internet]. 2015;15(2):12–9. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/93>

Dias BVB, Silva GM, Silva WM, Silva F do R. Percepções de alunos de um curso de graduação em enfermagem frente ao estágio curricular. *Cuid Enferm* [Internet]. 2016;10(1):29–35. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29050&indexSearch=ID>

Finger D, Souza JB de, Potrich T. Descortinando enfermagem através da arte: uma experiência integradora em busca da interdisciplinaridade. *R Eletr Extensão* [Internet]. 2017;14(25):173–81. Available from: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n25p173/34297>

Reis CSC dos, Souza D de OM de, Nogueira M de FH, Progianti JM, Vargens OM da C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2016;8(4):4972–9. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966/pdf_1)

Oliveira JDG de, Campo TNC, Souza FM de LC, Davim RMB, Dantas J da C. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente. *J Nurs UFPE line* [Internet]. 2016;10(10):3868–75. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>

Melo LPT de, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM da, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Practices of health professionals in delivery and birth care. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 2017;18(1):59–67. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2483/pdf>

Corrêa NF, Souza RL de, Dias GSS, Birolo IVB, Bonfanti MDP. O papel do enfermeiro obstetra no processo de parturição. *Rev Inova Saúde* [Internet]. 2015;4(2):17–31. Available from: <http://periodicos.unesc.net/Inovasauade/article/view/1754/2269>

World Health Organization. Trends in Mternal Mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division [Internet]. Switzerland; 2014. 56 p. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1)

Reis TR dos, Zamberlan C, Quadros JS de, Grasel JT, Moro ASDS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2015;36:94–101. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500094&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500094&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Alves DFC, Mourão LF, Marques ADB, Branco JGO, Cavalcante RC, Albuquerque RAS. Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. *Rev Sanare* [Internet]. 2017; 16(2):68-76. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1180/641>

Santos RAA dos, Melo MCP De, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad Cult Ciênc.* 2015;13(2):76–89.

Rabelo M, Wolf LDG, Leal GCG, Freire MH de S, Leal G, Peripolli L de O. Estratégias da gestão para implantação do modelo da Rede Cegonha em uma maternidade pública de Curitiba. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017;2(22). Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/48252>

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) [home na Internet]. Nota de esclarecimento sobre autonomia da enfermagem obstétrica; [2016 jun 28; acesso em 08/02/2018]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-autonomia-da-enfermagem-obstetrica\\_42012.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-autonomia-da-enfermagem-obstetrica_42012.html)

Souza AB de, Silva LC da, Alves R das N, Alacão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev ciênc Méd* [Internet]. 2016;25(3):115–28. Available from: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>

Alves LR, Giacomini MA, Camelo SHH, Laus AM, Leal LA, Goulart BF, et al. Evidências sobre trabalho em equipe na atenção hospitalar. *J Heal NPEPS* [Internet]. 2016;1(2):246–62. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1592/1518>

**MOTIVOS QUE INFLUENCIAM NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO POR  
ENFERMEIRAS DA ÁREA DE SAÚDE DA MULHER EM UMA  
MATERNIDADE ESCOLA DE RECIFE**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa*

*Glacineide Cecília dos Santos*

*Viviane Alves de Souza Santos*

*Karla da Silva Ramos*

**Introdução**

O parto é um processo fisiológico, que em sua maioria, não requer interferências que possam vir a prejudicar física ou psicologicamente o binômio mãe e bebê (MARQUE *et. al.*, 2006). É um evento caracterizado por vantagens em relação à recuperação e à redução no tempo de hospitalização, quando comparada à cesariana, o que contribui para a diminuição das taxas de infecção e de hemorragia no pós-parto (JUNIOR *et. al.*, 2013).

Embora definido como saudável, emocionante e satisfatório para a gestante (BARBOSA, *et. al.*, 2013), o parto normal é marcado pelo excesso de intervenções, com o objetivo de abreviar o trabalho de parto. Com a humanização do parto torna-se possível respeitar a fisiologia do nascimento, através de uma assistência que contemple, sobretudo, o protagonismo da mulher, centrada no respeito à individualidade e que permite a adequação da assistência à cultura, crenças e valores, possibilitando minimizar o medo, a angústia e as inseguranças atribuídas ao processo parturitivo (CUNHA *et. al.* 2012).

Aproximadamente há 30 anos, a maioria dos partos ocorria por via vaginal. Poucos médicos eram adeptos à cesariana, pois a sua execução envolvia riscos anestésicos e cirúrgicos, agravados pelo caráter de urgência das indicações (CARDOSO *et. al.*, 2010). No entanto, a valorização tecnológica ascendente passou a ser adotada, tornando o parto um evento médico e com a consequente desapropriação da subjetividade feminina e da capacidade de parir fisiologicamente (JONES, 2012). Apesar da ampliação do acesso aos serviços essenciais, não há uma garantia para o controle da mortalidade materna, nem tampouco a oferta de uma assistência de qualidade (VICTORA, *et. al.*,2011).

Considerada um procedimento para extração do feto através de uma cirurgia abdominal, a cesárea surgiu no início do século XX, diante de uma necessidade médica para redução das taxas de morbimortalidade maternas e neonatais, com aprimoramento de técnicas cirúrgicas, anestésicas e para o controle de infecções (CERI, 2007; WEIDLE, *et. al.*,2014).

A partir da década de 70, ocorreu um aumento das taxas de cesárea em todo o mundo (JUNIOR *et. al.*, 2013). No Brasil, a realização dessa cirurgia é variável entre as regiões, principalmente quando se compara a assistência realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à assistência privada. O país lidera o *ranking* mundial nesse tipo de procedimento com 52% dos nascimentos ocorridos através de uma cirurgia de grande porte, indo de encontro às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelece o limite aceitável de 15% de cesarianas entre o total de partos (PARIRÁS COM DOR, 2012).

Estudos revelam que a realização de cesariana está associada ao risco três vezes maior de mortalidade materna (OLIVEIRA, 2013) e morbidade materna grave. Esse cenário reflete a necessidade de internação em UTI por hemorragia pós-parto, infecção, tromboembolismo e aumento do tempo de permanência hospitalar (VILLAR, *et. al.*, 2007). Para o bebê, os desfechos são desfavoráveis, com aumento da prematuridade, mortalidade neonatal e admissão em UTI (HANSEN, *et. al.*, 2008). Ainda, quando se trata de gestações futuras, existe um maior risco para o desenvolvimento de placentação anormal (placenta prévia e placenta acreta) (MORLANDO, *et. al.*, 2013), rotura uterina e de histerectomia periparto (OLIVEIRA, 2013).

Nos países em desenvolvimento, o alto índice de cesariana caracteriza-se como um grave problema de saúde pública (AMORIM, SOUZA, PORTO, 2010). A repetida realização desse procedimento pode estar associada ao equívoco de promover maior segurança à saúde, quando comparada ao parto normal (MINKOFF, 2012). Do mesmo modo, muitas mulheres escolhem a cesariana pelo medo da dor do parto normal, reconhecida como insuportável e aterrorizante. Muito embora essa dor, especialmente no Brasil, seja representada pela dor da solidão, agressão e humilhação por parte dos profissionais de saúde, que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher como protagonista do seu parto, do seu corpo (PARIRÁS COM DOR, 2012).

Portanto, não surpreende que as mulheres idealizem a cesárea como a melhor opção para encarar o medo da violência (PARIRÁS COM DOR, 2012). Quando se trata de uma enfermeira no período gestacional, existe uma tendência a reproduzir-se percepções culturais do medo da dor e escolhe-se a cesariana como a via mais rápida e prática, cujas indicações médicas não o justificam (PIMENTA, 2012). Em uma pesquisa realizada com obstetras de 15 estados americanos, durante um encontro regional do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), foi detectado que quase metade, cerca de 46,2% dos especialistas em obstetrícia, optariam por cesárea para si ou seus familiares, por oferecer maior segurança (PATAH, 2008).

Dessa forma, a identificação dos motivos que influenciam a escolha da via de parto das enfermeiras que se dedicam à atividade especializada de atendimento à saúde da mulher, poderá ajudar a elucidar questões pertinentes ao tema, dando um



melhor direcionamento aos esforços que vêm sendo empregados por programas de saúde pública para o resgate e incentivo ao parto fisiológico.

### **Métodos**

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de corte transversal e exploratório.

O estudo quantitativo é adequado para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utiliza instrumentos padronizados, como questionários para se saber exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa e fornece dados que possam ser comparados com outros. Na pesquisa de corte transversal todas as variáveis são aplicadas em apenas um momento, não existindo um período de seguimento dos entrevistados.

O cenário do estudo foi o Centro de Atenção à Mulher (CAM), do Complexo Hospitalar do IMIP, na cidade do Recife, Pernambuco. O IMIP é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, reconhecida como um centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas. A instituição é voltada ao atendimento da população usuária do SUS e presta assistência integral à saúde da criança, da mulher e do adulto.

O CAM, é referência estadual no atendimento à gestante, dispõe de vários serviços, como Ginecologia, Mastologia, Uroginecologia e Oncologia Ginecológica, Obstetrícia, Medicina Fetal, Reprodução Humana e Puerpério. A triagem de ginecologia e obstetrícia apresenta uma média de 2300 atendimentos por mês, com aproximadamente 670 internamentos de gestantes. Atendendo a esses serviços existem 8 enfermeiras atuando na área ambulatorial e 60 na área hospitalar. É o único serviço do Norte-Nordeste do Brasil que possui uma Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica (UTI) com 12 leitos exclusivos para as gestantes e puérperas de alta gravidade. Na maternidade, o setor de pré-parto dispõe de 14 leitos que são reservados para o atendimento à gestante de alto risco e 05 (cinco) leitos para gestantes de baixo risco no setor denominado “Espaço aconchego” ou PPP (Pré-Parto, Parto e Puerpério).

O universo caracterizado para efeito desta investigação foi composto por todas as enfermeiras que tiveram partos normais ou cesáreas, integrantes da equipe do Centro de Atenção a Mulher (CAM) nos setores de ambulatório; triagem obstétrica; gestação de alto risco (GAR); pré-parto (PP); pré-parto, parto e pós-parto (PPP); alojamento conjunto (AC); Unidade de Terapia Intensiva obstétrica (UTI) e ginecologia.

A área de saúde da mulher do IMIP é composta por 68 enfermeiros, sendo três do sexo masculino. Das 65 enfermeiras, apenas 33 atenderam plenamente aos critérios de inclusão do estudo.

Os critérios de inclusão do estudo foram: enfermeiras do CAM/IMIP; atuação na área da saúde da mulher por no mínimo seis meses; experiência com o parto normal ou cesariana. Foram excluídas as nulíparas.

Após a obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, foi iniciada a fase de coleta de dados, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015. Na ocasião, o pesquisador informou sobre os objetivos, a justificativa e esclarecimento de todas as dúvidas com relação ao estudo. Os que concordaram em participar voluntariamente da mesma, assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*, cumprindo as exigências éticas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os resultados coletados foram inseridos em banco de dados próprio, confeccionado para esta finalidade. Após a inclusão dos dados, foram corrigidas as inconsistências e os dados foram processados e analisados pelo programa *Microsoft Excel 2010*.

O estudo atendeu às determinações da Declaração de Helsinque e Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo iniciado após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP, sob o protocolo nº. 4651-14. A confidencialidade dos dados coletados foi assegurada e nenhum sujeito da pesquisa foi identificado.

Ressalta-se que os pesquisadores não têm conflitos de interesse em relação ao presente projeto de pesquisa. Os autores comprometem-se a publicar os resultados do estudo em revista de circulação nacional.

### **Resultados**

No período do estudo foram identificados 68 enfermeiros que trabalham no Centro de Atenção à Mulher do IMIP, três do sexo masculino e 32 nulíparas sendo, portanto, excluídos da pesquisa. A amostra foi composta por 33 enfermeiras, cuja faixa etária acima de 36 anos teve predominância em 39,4% (n=13). No que diz respeito à escolaridade 81,9% (n=27) tinham pós-graduação em nível de especialização. 81,9% (n=27) não informaram qualquer hábito social, como etilismo, tabagismo e outros. Não houve ocorrência de doenças pré-existentes à gestação em 81,9% (n=27) dos casos. Em 51,5% (n=17), tinham apenas uma gestação anterior e 55% (n=18) tiveram apenas um filho. Para 45,4% (n=15) das entrevistadas o primeiro parto ocorreu entre 26 e 30 anos e 87,9% (n=29) informaram que não sofreram aborto (Tabela 1).

## Pluralidade de Saberes

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico, características obstétricas e gestacionais de enfermeiras da saúde da mulher. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife. 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
25 – 28	03	9,1
29 – 32	06	18,2
33 – 36	11	33,3
Acima de 36	13	39,4
Total	33	100
<b>Escolaridade</b>		
Graduação	04	12,1
Pós-graduação	27	81,9
Mestrado	01	3,0
Doutorado	01	3,0
Total	33	100
<b>Hábitos sociais</b>		
Etilismo	02	6,0
Tabagismo	01	3,0
Outros	03	9,1
Não informou	27	81,9
Total	33	100
<b>Doença preexistente à gestação</b>		
Sim	04	12,1
Não	27	81,9
Não informou	02	6,1
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Número de gestações</b>		
01 gestação	17	51,5
02 gestações	13	39,4
Acima de 02 gestações	03	9,1
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Número de filhos</b>		
01 filho	18	55,0
02 filhos	14	42,0
03 filhos	01	3,0
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Idade do primeiro parto</b>		
16 - 20 anos	03	9,1
21 - 25 anos	09	27,3
26 - 30 anos	15	45,4
Acima de 30 anos	06	18,2
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Aborto</b>		
Sim	04	12,1
Não	29	87,9
Total	<b>33</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa realizada pelas próprias autoras

## Pluralidade de Saberes

Foram identificados ao todo 49 partos, dentre os quais 79,6% (n=39) foram cesarianas. O trabalho de parto foi iniciado em 51,5% (n=17). Em relação às consultas de pré-natal na última gestação, 54,5% (n=18) realizaram acima de nove consultas e 90,9% (n=30) não frequentaram grupos de apoio à maternidade. Das entrevistadas, 66,7% (n=22) tinham uma escolha prévia quanto à via de parto e 81,9% (n=18) não mudaram a escolha durante o pré-natal. Ressalte-se neste item que entre as 14 participantes que tinham uma escolha prévia e não mudaram de opção (77,8% n=14) foram realizados 20 partos, dos quais 95% (n=19) ocorreram por cesárea. Quanto ao motivo pelo qual o parto normal foi o escolhido, 35,8% (n=5) responderam que foi por decisões pessoais. Por outro lado, entre as que tiveram cesariana, 34,5% (n=10) afirmaram que as complicações maternas foram as principais motivações para aquela via de parto. O fato de trabalhar na área de saúde da mulher não representou relevância na escolha da via de parto em 75,8% (n=25) das entrevistadas (Tabela 2).

**Tabela 2.** Tipos, escolhas, motivações e acompanhamento gestacional relatados por enfermeiras da saúde da mulher de parto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Recife. 2015.

Variáveis	Nº	%
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	10	20,4
Cesariana	39	79,6
Total	<b>49*</b>	<b>100</b>
<b>Entrou em trabalho de parto</b>		
Sim	17	51,5
Não	16	48,5
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Consulta pré-natal</b>		
4 – 6	02	6,1
7 – 9	13	39,4
Acima de 9	18	54,5
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Grupo de apoio à maternidade</b>		
Sim	03	9,1
Não	30	90,9
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Escolha prévia quanto ao tipo de parto</b>		
Sim	22	66,7
Não	10	30,3
Não informou	01	3,0
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Mudança da via de parto durante o pré-natal</b>		
Sim	05	15,1
Não	27	81,9
Não informou	01	3,0
Total	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Se normal, qual o motivo</b>		
Benefício mãe/bebê	03	21,4

## Pluralidade de Saberes

Recuperação mais rápida	03	21,4
Opção própria	05	35,8
Não informou	03	21,4
Total	<b>14**</b>	<b>100</b>
<b>Se cesária, qual o motivo</b>		
Complicação materna	10	35,7
Complicação fetal	5	17,9
Opção própria	7	25,0
Orientação médica	4	14,3
Não informou	2	7,1
Total	<b>28***</b>	<b>100</b>
<b>Trabalhar na área influenciou a escolha da via de parto</b>		
Sim	08	24,2
Não	25	75,8
Total	<b>33</b>	<b>100</b>

Fonte: Pesquisa realizada pelas próprias autoras

\*Variável excludente: os dados representam mais de um parto realizado anteriormente.

\*\* Algumas entrevistadas forneceram mais de duas respostas.

\*\*\* Variável excludente: As respostas não foram dadas parto a parto (39 cesarianas), mas pelo número de participantes (27) e uma delas relatou duas complicações – uma materna e outra fetal - totalizando 28 respostas.

## Discussão

O presente estudo identificou que 64% das enfermeiras realizaram o primeiro parto acima de 26 anos e que em 82% possuíam título de pós-graduação (grau de especialista). Esses dados justificam-se pelo fato das mulheres do século XXI priorizarem investir no aperfeiçoamento profissional para alcançarem melhores condições financeiras, o que contribui para o gradativo aumento da autonomia feminina e a consequente escolha pelo tipo de assistência à saúde que deseja receber (PATAH, 2008).

Estudos comprovam que mulheres com maior nível de escolaridade estão relacionadas à escolha pela cesariana como via de parto e que níveis educacionais mais elevados podem representar um estímulo para adiar a primeira gestação. Dessa forma, a composição das famílias está cada vez menor, sendo associado, sobretudo, a uma reduzida taxa de fecundidade da população. O fato de não apresentar qualquer hábito social também pode estar relacionado ao grau de escolaridade, embora não tenha sido encontrado amostras em outros estudos pesquisados relativos à temática. (GRAVENA *et. al.*, 2012, JUNIOR *et. al.*, 2013; e ARATANI, 2014).

No que diz respeito ao pré-natal, aproximadamente 55% das mulheres realizaram acima de nove consultas. As consultas de pré-natal podem se tornar determinantes para minimizar os fatores relacionados aos altos índices de cesárea, por proporcionar à mulher informações acerca dos benefícios do parto natural, bem

como, aos riscos de complicações inerentes a uma cirurgia (MARQUE *et. al.*, 2006). O Ministério da Saúde considera adequado realizar seis ou mais consultas, porém há um aumento do número de cesarianas entre mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal, tendo como hipótese que o maior contato com o obstetra pode influenciar a decisão pela cesariana. O pré-natal é essencial para o acompanhamento do desenvolvimento gestacional, buscando garantir proteção e uma gravidez e parto sem intercorrências (SANTOS *et. al.*, 2009 e ARATANI *et. al.*, 2014).

Neste estudo, cerca de 90% não frequentou grupos de apoio à maternidade. As mulheres têm obtido informações por meio de fontes como revistas, internet, entre outras. A participação em grupo de apoio não traz “garantias” de uma passagem tranquila e saudável pelo parto, pois as experiências de vida da mulher e de sua família podem influir na maneira de vivenciar o parto. Todavia, a preparação realizada nos grupos de gestantes pode proporcionar informações objetivas sobre o ciclo gravídico-puerperal, troca de experiências, aprendizagem interpessoal e redução do medo e da ansiedade da mulher e/ou casal (PATAH, 2008 e KLEIN *et. al.*, 2008).

Entre as enfermeiras pesquisadas, 66,7% responderam que tinham uma escolha prévia sobre a via de parto e 81,9% não mudaram de opinião durante o pré-natal. Destas, 95% tiveram cesarianas, o que representa um dado preocupante, que provavelmente as entrevistas iniciaram e concluíram a gestação tiveram preferência pela cesárea. O aumento nas taxas de cesariana em países de média e alta renda é parcialmente atribuído ao pedido da mulher. Entre as pacientes atendidas pela maternidade privada, a preferência pela cesariana foi referida por quase 70% das mesmas e pode refletir uma maior assimilação da alegada “cultura de cesárea” entre elas (MANDARINO, 2009 e WEIDLE, 2014).

Ainda de acordo com os números deste estudo, entre as profissionais que tinham uma escolha prévia (n=22) e mudaram de opção pela via de parto durante o período do pré-natal (n=4), foram realizados 6 partos, dos quais, 4 (66,7%) relataram a desproporção cefalopélvica como principal complicação materna (n=2). Essa razão é também citada por Gama *et. al.* (2014) que identificaram esse aspecto ao analisar a variável “antecedentes clínicos de riscos e intercorrências durante a gestação e trabalho de parto” com base em dados identificados no prontuário da gestante.

Os dados obtidos mostram que 36% das mulheres que escolheram o parto normal o fizeram por opção, enquanto que as complicações maternas estiveram presentes em 35% das razões para a cesariana. O profissional de saúde é o protagonista quando se trata de assistência à gestante. Esse profissional tem um espaço importante para influenciar positivamente a favor do parto normal. O tempo de recuperação foi citado na escolha pela via normal na maioria dos artigos pesquisados, com destaque no presente estudo em cerca de 33% das entrevistadas (ARATANI *et. al.*, 2014).

Sobre o fato de trabalhar na área de saúde ter influenciado a via de parto, 76% responderam que não. Sintetizando as diversas literaturas pesquisadas, constatou-se que a influência familiar, os fatores socioculturais vivenciados por essas gestantes, tais como, história obstétrica anterior, podem ter sido decisivos na preferência e escolha da via de parto. Em outros casos, vale ressaltar, que a escolha ocorreu em conjunto com o médico ou companheiro (PATAH, 2008; BITTENCOURT *et. al.*, 2013 e WEIDLE, 2014).

### **Conclusão**

Este estudo aponta que as enfermeiras que trabalham na saúde da mulher têm uma tendência a priorizar a vida profissional em detrimento à maternidade, devido à escolha por engravidar cada vez mais tardiamente. Ainda, evidencia-se que o medo da dor e de possíveis complicações na hora do parto não foram os aspectos relacionados pelas enfermeiras conforme sugeria a hipótese inicial, bem como o conhecimento técnico-científico não teve relação com a via de parto escolhida, mas os fatores socioeconômicos e culturais que possivelmente motivaram as escolhas.

O enfermeiro tem grande importância na assistência à saúde da gestante. Cabe a este o processo de educação, centrado nas necessidades individuais ou em grupo, para orientar sobre os mais variados temas a respeito do período gestacional, incluindo indicações, vantagens e desvantagens de cada tipo de parto. Além disso, possuem um papel relevante na assistência ao parto e precisam desenvolver ações de modo a fornecer informações sobre a evolução do trabalho de parto e orientar as parturientes acerca do protagonismo feminino, pautado em escolhas conscientes que devem estar presentes durante o trabalho de parto e parto.

Dessa forma, a importância em conhecer as escolhas das vias de parto praticadas pelas profissionais que trabalham no setor de saúde da mulher tem fundamental colaboração na busca pela compreensão e melhoria dos serviços de enfermagem. A maneira como essas profissionais se comportam diante dos conflitos quanto a escolha da via de parto presentes durante o atendimento às gestantes, pode influenciar positiva ou negativamente na escolha do tipo de parto. Portanto, a enfermeira que acredita no parto normal como mais seguro e saudável, sobretudo, garante melhorias no direcionamento de esforços para o resgate e incentivo ao parto fisiológico.

## Referências

A BÍBLIA SAGRADA. Traduzida em Português por João Ferreira de Almeida. Revista e Corrigida no Brasil. 4ª ed. p. 5. 2009. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009.

AMORIM, Melania Maria Ramos; DUARTE, Ana Cristina. **Indicações reais e fictícias de cesarianas**. 2012.

AMORIM, Melania Maria Ramos; SOUZA, Alex Sandro Rolland; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**. 2010. v. 38. nº 8.

ARATANI, Nathan, *et. al.* Preferência pelo tipo de parto entre gestantes primíparas. **Rev. Odontologia** (ATO), Bauru, SP. v. 14, n. 3, p. 209-224. 2014.

BARBOSA, Cristhiano Neiva Santos, *et. al.* Caracterização dos partos segundo aspectos obstétricos e sócio-demográficos das parturientes de Teresina-PI 2011. **Rev. Enferm. UFPI**. v. 2, n. 2, p. 40-7. 2013.

BITTENCOURT, Fernanda; VIEIRA, João Batista; ALMEIDA, Ana Carla Campos Hidalgo de. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. **Cogitare Enfermagem**. v. 18, n. 3. 2013.

BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti *et. al.* Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 27-32, Jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção obstétrica**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CARDOSO, Priscila Oliveira; ALBERTI, Luiz Ronaldo; PETROIANU, Andy. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 427-435, 2010.



CERI, Rosângela Vicente dos Santos. Análise da escolha do tipo de parto a ser realizado em primíparas. **Trabalho apresentado no curso de Fisioterapia**, da FAG. Cascavel, PR, 2007.

CORREIA, Cláudia Claudino. Fatores que determinam a escolha do tipo de parto pela mulher e a importância da assistência de enfermagem nesse processo. **Artigo redigido para o Curso de Pós-Graduação em Docência Universitária: métodos e técnicas, do Centro Universitário Adventista de São Paulo- Campus 2**, na cidade de Engenheiro Coelho, 2011.

CUNHA, Karla Joelma Bezerra *et. al.* O vivido de mulheres no parto humanizado. **Revista Interdisciplinar NOVAFAP**, Teresina. v.5, n.2, p.32-38. 2012.

DIAS, Marcos Augusto Bastos *et. al.* Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde. Coletiva**. v. 13, n. 5, p. 1521-1534. 2008.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos *et. al.* Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 53, n. 1, p. 53-58, fev. 2007.

FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira, *et. al.* Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE Recife**, 7(5):1398-405. 2013.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.** 2010;12(4):660-8.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et. al.* Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014.

GRAVENA, Angela Andréia França *et al.* Resultados perinatais em gestações tardias. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 15-21, fev. 2012.

HANSEN, Anne Kirkeby, *et. al.* (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7635), 85-7.

JONES, Ricardo Herbert. **Memórias de um homem de vidro: reminiscência de um obstetra humanista**. 3ª edição. Idéias a Granel, Porto Alegre: 2012.

JUNIOR, Teodoro Leguizamon; STEFFANI, Jovani Antônio e BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. bioét.** 2013; Joaçaba/SC, 21 (3): 509-17.

KLEIN, Michele Moreira de Souza; GUEDES, Carla Ribeiro. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 862-871, 2008.

LAMY, Gilmara Oliveira; MORENO, Bruno Stramandinoli. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, v.10, n.2, p.19-35, 2013.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, ago. 2014.

MACEDO, Ana Maria Bufolo; GOES, Hustany Fernanda de; MELO, Willian Augusto de. Caracterização e análise dos partos ocorridos no município de Maringá - PR de 2000 a 2009. **Anais Eletrônico VI Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica**. 2012.

MANDARINO, Natália Ribeiro *et. al.* Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 439-447, dez. 2006.

MINKOFF, H. Fear of litigation and cesarean section rates. **Semin Perinatol.** 2012; 36(5): 390.

MORLANDO, M, *et. al.* (2013). Placenta acreta: incidence and risk factors in na area with a particularly high rate of cesarean section. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, 92(4), 457-60.

OLIVEIRA, Ana Rita. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 29, n. 3, maio 2013.

PAES, Maria Alice da Silva. Gravidez na adolescência: conhecimentos, expectativas e vivências frente ao processo parturitivo. **Dissertação de mestrado em Saúde da Família**. Rio de Janeiro. 2013.

Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. [online]. 2012.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf. Por que 90%? Uma análise das taxas de cesárea em serviços hospitalares privados do município de São Paulo. **Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas**. São Paulo. 2008.

PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.1, pp. 185-194. ISSN 0034-8910.

PIMENTA, Lizandra Flores. Cultura no processo de parturição: contribuições para a enfermagem. **Dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Maria**. Santa Maria. 2012.

RODRIGUES Adriana Vieira Pereira; TERRENGUI Lucilene Coelho Souza. Uso de medicamentos durante a gravidez. **Rev Enferm UNISA 2006**; 7: 914.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral *et. al.* Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 274-280, Dec. 2007.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 326-334, jul. 2009.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre. v. 32, n. 3, p. 479-486, set. 2011.

VELHO, Manuela Beatriz *et. al.* **Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres.** Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.

VICTORA, Cesar Gomes, *et. al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lanct** online. 9 de maio de 2011.

VILLAR, José *et. al.* Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. [online].

WEIDLE, Welder Geison *et. al.* Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53. 2014.

## PERCEÇÃO DAS MULHERES SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA EM UMA MATERNIDADE DO RECIFE

*Kéllida Moreira Alves Feitosa*  
*Catherine do Nascimento Santana Amaral*  
*Emanuelle de Carvalho e Silva*  
*Ana Catarina Torres de Lacerda*

### **Introdução**

O parto normal era considerado uma evento natural na vida da mulher. A partir do século XX, houve diversos avanços na medicina com relação ao controle e tratamento de enfermidades, sobretudo, em mudanças na assistência ao parto.<sup>1</sup> Nos anos 70 o hospital, tornou-se uma ambiente reconhecidamente seguro, prevenindo os riscos à saúde, através da hospitalização e intervenções profissionais no evento do parto<sup>2</sup>, incluindo nesse cenário, a episiotomia.<sup>3</sup>

Etimologicamente, episiotomia significa “epision” = púbis, “tomia” = cortar. Refere-se a uma incisão cirúrgica, realizada na região da vulva com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto para favorecer a expulsão do feto. Essa prática é realizada desde o século XVIII, por Sir Fielding Ould, para os casos de distúrbios fetais resistentes.<sup>1</sup> Os médicos acreditavam que essa técnica era necessária para reduzir a ocorrência de lacerações perineais graves e reduzir o período expulsivo. Porém, com o avanço da ciência, estudos comprovam ser uma prática prejudicial e desnecessária.<sup>4</sup>

Mundialmente estima-se que essa técnica vem sendo bastante aplicada, em 62,5% do total de partos nos EUA e cerca de 30% na Europa, enquanto que na América Latina, vem sendo utilizada como intervenção de rotina em todas as primíparas e em parturientes que já realizaram a episiotomia prévia. No Brasil, a intervenção foi realizada em mais de 70% dos partos vaginais ocorridos nas unidades hospitalares do país.<sup>5</sup>

A primeira menção à episiotomia foi feita por Ould, embora esta intervenção passou a ser recomendada por dois renomados ginecologistas, De Lee e Pomeroy, no período em que a prática da hospitalização para a assistência ao parto foi iniciada. De Lee indicou o uso da episiotomia rotineira, através da incisão médio-lateral, enquanto Pomeroy expressou sua preferência pela episiotomia mediana ou periotomia, principalmente nas primíparas (por achar pequena a abertura vaginal) para evitar aberturas mais extensas.<sup>6</sup>

Nessa época, a episiotomia era realizada de forma profilática, considerando-se os três objetivos mais importantes: a prevenção de traumas perineais; a redução da morbimortalidade infantil e diminuição da ocorrência de retocele e cistocele; além do

relaxamento da musculatura pélvica.<sup>7</sup> No entanto, estudos demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, que são as lacerações de 3º e 4º graus, não previne lesões no polo cefálico fetal, nem tampouco, melhora os escores de Apgar (escala de avaliação da vitalidade ao nascer). Ao invés disso, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto.<sup>8</sup>

De acordo com os estudos apontados anteriormente, esta técnica tem sido um dos procedimentos cirúrgicos de maior prevalência no sistema de saúde e também no Brasil, em especial no setor público. Dessa forma, restringindo a autonomia da mulher, desrespeitando o seu protagonismo no momento do parto, com interferências no processo fisiológico do parto vaginal.

Tendo em vista essa mudança de paradigma assistencial ao parto, faz-se necessário compreender a percepção das mulheres submetidas à episiotomia, de modo a aprofundar os conhecimentos subjetivos que envolve o parto e nascimento, para que se torne possível eliminar as barreiras à implementação de uma assistência científica e humanística à mulher.

### **Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A escolha desse método permite não só captar a maneira como as pessoas pensam e reagem, mas também para analisar o significado, descrição e interpretação dada às experiências em um contexto particular. Esta pesquisa foi conduzida no ambulatório do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), que está incluído no Sistema Único de Saúde (SUS), referência em gestação de alto risco obstétrico na cidade do Recife, Pernambuco. A coleta de dados foi iniciada em novembro de 2014, com término no mesmo mês.

A amostra do estudo foi composta por 11 mulheres, identificadas sob os símbolos ao longo do texto (M1 a M11), de modo a assegurar o anonimato das participantes. A estratégia utilizada foi a amostragem intencional, proposital ou deliberada, a partir da seleção das entrevistadas, composto por. Os critérios de inclusão foram: mulheres que tiveram parto vaginal, submetidas ao procedimento da episiotomia; maiores de 18 anos de idade; e condição clínica favorável à participação do estudo.

Os dados foram obtidos por meio de um instrumento para coleta de dados, composto inicialmente por perguntas de identificação pessoal, da gestação e do parto (nome, idade, estado civil, anos de estudo, ocupação, paridade, realização de pré-natal, número de consultas de pré-natal, idade gestacional no início do pré-natal e no momento parto, uso de anestesia antes da episiotomia, dor durante a episiorrafia); Outro recurso utilizado durante a fase de coleta de dados foi o Diário de Campo, instrumento elaborado no dia-a-dia da coleta, sendo registrados os contatos feitos com os entrevistados e as observações das pesquisadoras.

## Pluralidade de Saberes

As entrevistas foram, na ocasião, gravadas em aparelho MP3 e transcritas no mesmo dia da sua realização. A finalidade da entrevista foi captar as informações e impressões possíveis do entrevistado. As participantes tiveram o anonimato preservado, sendo identificadas através de símbolos (M1 a M11).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas; em local reservado para a realização das entrevistas, onde as mulheres puderam expressar-se livremente. As entrevistas duraram em média 30 minutos e foram realizadas por questões norteadoras, a saber: 1) *Qual era o tipo de parto desejado?* 2) *Na sua opinião, o que significa esse corte na vagina?* 3) *Você participou de algum grupo de gestante ou recebeu orientações durante o pré-natal sobre o corte na vagina?* 4) *Conte-me como foi o seu trabalho de parto até o momento do parto;* 5) *O que você acha sobre o profissional ter feito a episiotomia?* 6) *Conte-me o que você sentiu na hora do corte da sua vagina?;* 7) *Fale-me como percebe o seu corpo hoje, após o parto;* 8) *Como está sendo para realizar as atividades diárias no pós-parto com a cicatriz na vagina?*

Após a transcrição e análise de conteúdo das entrevistas, elas foram trabalhadas à luz do método de análise de conteúdo de Bardin<sup>10</sup>, modalidade temática e distribuída em forma de categorias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, sob o protocolo nº CAAE 37145014.4.0000.5197, respeitando as recomendações emanadas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da declaração de Helsinki 196/96.

O resultado da análise dos discursos permitiu identificar quatro categorias analíticas, com os respectivos temas (Tabela 1).

**Tabela 1.** Relação categorias analíticas e seus respectivos temas.

Categorias	Temas
1) O parto normal como um sofrimento;	▪ A vivência do parto vaginal;
2) O equívoco da episiotomia;	▪ O que pensam as mulheres sobre a episiotomia? ▪ O papel das ações educativas no ciclo gravídico-puerperal; ▪ A episiotomia como facilitadora no processo de parir?
3) O corpo que não sabe parir e o milagre do corte	▪ A desvalorização do subjetivo feminino;
4) As repercussões da episiotomia no pós-parto	▪ O comprometimento das atividades diárias; ▪ Prejuízos relacionados aos cuidados com o bebê/aleitamento materno.

Com relação ao perfil socioeconômico das participantes destacam-se as mulheres com idades entre 20 e 36 anos, com ensino fundamental e médio incompletos, da cor parda, casadas, sem atividade remunerada, com renda familiar inferior a um salário mínimo. Quanto à paridade, a maioria era primípara. Quanto às consultas pré-natais, oito referiram participar de mais de seis consultas pré-natais, embora, nenhuma mulher teve acesso a grupos de apoio à maternidade ativa/grupos de gestantes.

A dor durante a episiorrafia esteve presente em nove participantes. Foi possível observar o desconhecimento sobre a episiotomia e a falta de informação antes do ato cirúrgico.

A análise dos dados permitiu-lhe ser agrupadas em quatro temas relacionados com a prática de episiotomia, como se segue:

### 1) O parto normal como um sofrimento

A maioria das mulheres (oito entrevistadas) referiu o desejo pelo parto vaginal, embora o sentimento identificado nas falas tenha sido reportado ao arrependimento pela experiência:

“[...] Não sabia que doía tanto.” (M9)

“No parto normal a recuperação é mais rápida, meu pensamento é esse, mas se eu soubesse que era assim, queria ter cesáreo de novo (risos)” (M7)

“... é muito difícil falar sobre isso... depois de tanto sofrimento.” (M10)

### 2) O equívoco da necessidade da episiotomia

Quando questionadas sobre o conhecimento prévio da episiotomia, apenas uma entrevistada relacionou saber a sua finalidade, ainda que de forma equivocada, identificada na fala:

“O que eu sei é que corta pra puder ter uma passagem melhor pro bebe passar.” (M1)

A ênfase reportada às ações educativas em saúde durante a gestação dirigem para a necessidade em abordar o assunto da episiotomia, exercícios para o fortalecimento do períneo durante a gestação, bem como aos direitos da mulher quanto ao seu corpo no momento do parto:

“Só participei no pré-natal, a médica falava lá de tudo, mas o que é isso [episiotomia]?” (M8)

“Nunca escutei ninguém falar sobre isso [episiotomia].” (M3)

“Ela [a médica] só orientava a questão do peso... mas eu nunca ouvi essa palavra [episiotomia], não.” (M2)



Através de algumas falas, foi possível perceber que a episiotomia está relacionado à abreviação do parto, sobretudo, ao alívio do sofrimento das mulheres. Nesse sentido, o parto sem a episiotomia foi visto como um agravante.

“... eu queria que ele [o bebê] saísse rápido. Eu acho que o corte ajudou”. (M4)  
“Achei bom, que costurou, só assim não fica aberto, se foi preciso pra tirar logo ela assim, então foi bom.” (M6)  
“Foi bom porque assim que fizeram o corte ela nasceu... eu “tava” doida que a menina saísse [risos].” (M10)

### 3) O corpo que não sabe parir e o milagre do corte

A episiotomia é um procedimento cirúrgico, o que se torna necessário o consentimento prévio da parturiente para a sua realização. No entanto, sete das entrevistas referiram não terem sido comunicadas sobre a realização da episiotomia. Nota-se nas falas:

“Não, falaram nada não, só cortou. Só avisou que ia pontear, mas não senti pontear.” (M11)  
“Não, não falaram nada não. Aí eu fiz: [aí, aí]... o doutor disse já estava acabando.” (M3)  
“Não, falou nada não... só na hora da costura.” (M5)

Foi identificado que a decisão para a realização da episiotomia é do profissional, que avalia e decide o que fazer no momento do parto. A concepção do corpo defeituoso é perpetuado em nossa cultura que reporta a imagem de submissão da mulher ao saber científico, desvalorizando o subjetivo feminino e alimentando a ideia da relação de poder do profissional sobre o corpo da mulher. Foi identificado na nas falas:

“... doeu, mas deu pra suportar, já passei por coisa pior.” (M14)  
“O médico dos médicos deles... que usou as mãos deles... com certeza eles agiram certo né... porque se a médica não conseguiu fazer normal, porque eu não estava fazendo força suficiente para colocar ele para fora, aí ia fazer cesáreo, mas o médico viu que não tinha como fazer cesáreo pois ele estava coroando aí preferiu normal... mas agiu correto.” (M6)

Apenas duas mulheres relataram insatisfação com a forma de abordagem para a realização da episiotomia:

“Rapaz... o médico não avisou que ia cortar. É errado. Devia avisar também né, eu também não sabia o que estava acontecendo ali.” (M10)  
“Só me informaram, mas também nem perguntaram se eu queria, nem também se eu não queria. Disseram que iam cortar e pronto!” (M9)

#### 4) As repercussões da episiotomia no pós-parto

No pós-parto, o relato de dor no local da episiorrafia esteve presente na maioria das falas. Essa dor, muitas vezes, era representada pela limitação ao sentar, levantar, urinar, evacuar e deambular.

“A dor só aumentava, ficava latejando também, parecia que tinha passado um rolo compressor na sua carne de tão doloroso que ficou.” (M4)

“... uma dorzinha fina que incomoda bastante, principalmente na hora de ir ao banheiro [mijar]... consigo sentar, dói um pouquinho é para levantar eu dou uma sentadinha. Para andar é normal, só o primeiro passo que dificulta um pouquinho.” (M5)

“Sentia uma dor apertando, e não conseguia sentar.” (M9)

“Não, não conseguia botar o pé no chão, porque ficava latejando dentro.” (M11)

Ainda, o comprometimento para a oferta da amamentação esteve presente nas falas, devido à dificuldade para se sentar:

*“Quando sentava era difícil mesmo... até para dar de mamar era ruim porque não podia sentar direito porque vinha aquela dor.” (M10)*

#### Discussão

Ao longo dos anos, a valorização tecnológica ascendente passou a ser adotada pelas escolas médicas, tornando o parto um evento médico e com a consequente desapropriação da subjetividade feminina e da capacidade de parir fisiologicamente.<sup>1</sup>

Inicialmente, a episiotomia era indicada como uso terapêutico seletivo. Ao longo dos anos, tornou-se uma intervenção profilática para a ocorrência de lacerações graves no períneo, até ser adotada como rotina, principalmente em primíparas.<sup>11,12</sup> No entanto, esse procedimento é considerado como um dos mais cruéis da obstetrícia, incorporado às práticas médicas sem evidência científica de sua efetividade.<sup>3</sup> Essa intervenção foi disseminada devido ao paradigma assistencial, que se baseava na crença de que o corpo feminino era essencialmente defeituoso, e para parir livre de danos para o binômio mãe-bebê, dependeria da intervenção médica.<sup>1</sup>

Em 1920 Delee, lançou um tratado (*The prophylacti Forceps Operation*) recomendando a utilização de episiotomia e fórceps em todas as primíparas.<sup>3</sup> Após aproximadamente 80 anos dessa descoberta e o reconhecido avanço da ciência, essa prática ainda é realizada como rotina em muitos hospitais, contrariando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Dentre as repercussões causadas pela episiotomia está o traumatismo anal, levando assim a problemas evacuatorios no pós-parto, como a incontinência anal com incapacidade de manter o controle fisiológico.<sup>13</sup> Além disso, esse trauma pode causar lesões nas estruturas neuromusculares do assoalho pélvico, podendo atingir musculatura estriada periuretral ocasionando distúrbios urinários. Essa técnica

também pode causar dor perineal, dispareunia, edema, infecções, hematoma, fístulas retovaginais, e até mesmo endometriose na episiorrafia.<sup>14</sup>

No entanto, o uso da episiotomia sem recomendação clínica ainda é uma prática comum. Os profissionais de saúde permanecem enraizados em conceitos que diferem dos resultados baseados em estudos científicos.<sup>15</sup> Foi identificado através das falas que o parto é visto como aterrorizante e patológico, obtendo-se a visão de que os profissionais agem de forma correta ao fazerem a episiotomia, apesar de não serem comunicadas sobre o procedimento cirúrgico, pois a não realização poderia levar graves problemas para ela e para o bebê.

O desconhecimento por parte das mulheres, sobre a finalidade, riscos, vantagens e desvantagens da episiotomia, remete à ideia de que é preciso intervir para que não prejudique a saída do bebê, bem como, para prevenir o ‘afrouxamento’ da vagina. Nessa perspectiva, enfatizamos a deficiência dos programas de educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal, incluindo os grupos de apoio à maternidade ativa e/ou grupos de gestantes, para esclarecimentos com relação ao corpo feminino e os aspectos que envolvem o parto.

A episiotomia é considerada um procedimento cirúrgico, portanto, deve ser consentido pela paciente.<sup>3</sup> No entanto, a maioria das mulheres não foram comunicadas sobre a intervenção. Esse fato, muitas vezes, é justificado por ser uma prática rotineira e estabelecida pelo profissional que atende o parto, a percepção das mulheres do presente estudo reportam ao “milagre do corte”, onde a não realização é reconhecida como um fator agravante pelas mulheres.

Observando os relatos das mulheres, nota-se que a maioria não é informada no momento do procedimento, sendo sujeito passivo no momento do parto, evidenciado em uma das falas. O que justifica a perpetuação do conceito de “ativo-masculino” e “passivo-feminino”, que incentiva a reconstrução da vagina como órgão receptor, devendo ser padronizado como “apertada” ou “flácida”.<sup>16</sup>

A episiotomia vem sendo realizada por profissionais de saúde que exercem autoridade sobre o corpo da mulher, agindo com autonomia e poder. Diante da falta de conhecimento por essas mulheres da episiotomia, dos seus direitos e da capacidade do seu corpo, fortalece ainda mais o autoritarismo dos profissionais para a realização dessa técnica.

A sensação dolorosa após a episiotomia relatada pelas puérperas tem repercutido na realização de suas atividades diárias, dentre elas sentar, levantar, deambular e amamentar. Essa limitação pode prejudicar o autocuidado, o cuidado com o seu bebê e a sua adaptação ao novo contexto familiar.<sup>4</sup>

O uso rotineiro dessa intervenção invasiva tem fortalecido a visão equivocada desses profissionais que se apropriam do corpo da mulher sem consentimento prévio, desrespeitando seus direitos humanos, bioéticos, sexuais e reprodutivos.<sup>17</sup> Diante disso vemos a necessidade de estimular o atendimento mais humanizado, bem como a sensibilização desses profissionais. Além do fortalecimento

da autonomia da mulher, para que assim ela possa ter poder sobre o seu corpo e seu direito à escolha no momento do parto.<sup>15</sup>

Por isso como profissionais na área de saúde devemos observar a necessidade de estimular o parto humanizado, permitindo assim a participação ativa da mulher no processo de parturição, valorizando e respeitando o seu corpo, permitindo que ela protagonize totalmente esse momento, além de lhe proporcionar uma assistência adequada e humanística.

### **Conclusão**

O desconhecimento da episiotomia, sua finalidade, riscos e possíveis complicações tornam as mulheres submissas ao poder decisório da equipe médica que se apropria do parto como um evento médico, hierárquico. A falta de conhecimento das mulheres sobre o próprio corpo pode está relacionada à baixa escolaridade e à primiparidade. A dor perineal no momento do corte não foi referida, devido à presença da anestesia local, embora, no pós-parto, a dor perineal foi caracterizada por impedir de realizar as atividades diárias, além de comprometer o cuidado com o bebê e a amamentação, interferindo na adaptação ao contexto familiar no puerpério.

Nesse cenário, pode haver interferência na vida afetiva, social, sexual, emocional e psicológica, comprometendo a qualidade de vida da mulher. Diante dos resultados obtidos, percebe-se a dificuldade da assistência adequada à parturiente, sendo limitada pelo serviço de base, que não proporciona as devidas orientações, a autoridade e empoderamento dos profissionais sobre as decisões da mulher no momento do parto.

Fica evidente, portanto, a necessidade de ampliar e fortalecer o acesso às informações concernentes à episiotomia a todas as mulheres e aos profissionais que atendem partos, baseadas em evidências científicas sólidas. Propostas como essas poderão viabilizar a participação ativa da mulher no processo de parturição, incentivando o protagonismo feminino e considerando o parto como uma experiência transformadora e respeitosa.

## Referências

Jones RH. Memórias de um homem de vidro: reminiscência de um obstetra humanista. 3ª edição. Ideias a Granel. Porto Alegre. 2012;

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. 19(2): 313-326. 2009;

Amorim MMR. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. Femina. São Paulo, SP. 2008;

Beleza AS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. Rev. Brasileira de Enfermagem. [S.I.]. 2012;

Brasil. Ministério da Saúde; CEBRAP. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP. 2008;

Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. V.29, n.1, p.1-2. São Paulo, SP. RBGO. 2007;

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). Oxford: Update Software. A prática da episiotomia no Brasil. Mattar R., Aquino MMA. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006;

Gomes K. Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto-São Paulo. Dissertação tese de mestrado. Ribeirão Preto, SP. 2011;

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Vozes. Petrópolis, RJ. 2003;

Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa. 2006;

Carvalho CCM, Souza ASR, Filho OBM. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. Rev. Associação Médica Brasileira. Recife, PE. 2010;

Carvalho CCM, Souza ASR, Filho OBM. Episiotomia Seletiva: avanços. Evidências baseados em. FEMINA. 38 (5): 265-270. 2010;

Cesar MAP, Leite JM, Muniz RCC, Ortiz JA. Distúrbios evacuatórios em primigesta após parto vaginal: estudo clínico. Rev. Brasileira colo- procto. Brasil. 2011;

Vasconcelos DIB, Fôñseca LCT, Arruda AJCG. Episiotomia sob a ótica de médicos e enfermeiros obstétricos: critérios utilizados. João Pessoa, PB. 2010;

Ould F. Treatice of midwifery. Dublin: Nelson and Connor; 1742. JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a Previatti Visão das Mulheres. Rev. Bra. enferm. 60 (2): 197-201. 2007;

Serafim FP. Teoria feminista do direito aplicada: discussão sobre a prática indiscriminada da episiotomia no Brasil. [S.I.]. Ver. Gênero x Direito. 2010;

Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Escola Anna Nery Revista Enfermagem. [S.I.]. 2008.

**MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR EM PARTOS  
ATENDIDOS POR ENFERMEIROS OBSTETRAS DE UMA  
MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL DE RECIFE**

*Ada Evellyn Galdino da Silva  
Kelly Albuquerque de Medeiros  
Kéliida Moreira Alves Feitosa  
Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade*

**Introdução**

A dor do parto é um processo natural de resposta fisiológica, com diferentes reações entre as mulheres. Vivências anteriores, medo, insegurança e ansiedade são alguns fatores que refletem nesse processo. Uma forma de contribuir na assistência a parturiente é promover condições favoráveis para o alívio da dor no trabalho de parto (BARBIERI et al, 2013).

A dor é um prenúncio de lesão tecidual de experiência particular, que deve ser considerado por vários pontos de vista, como os aspectos psicológicos, afetivos, comportamentais, cognitivos, religiosos e culturais. Durante o processo de parir ela está relacionada a forma comportamental da mulher, pois informações distorcidas ou inadequadas, inseguranças e pensamentos negativos, podem interferir de forma dramática a resposta e sensação dolorosa (SILVA, 2011).

Contudo as mediações que buscam o alívio da dor em todo processo do parto, buscam amenizar o desconforto na perspectiva de ofertar formas dignas e respeitadas que permitam a mulher manifestar seus sentimentos, ser ouvida e atendida de forma onde ela possa sentir-se a vontade para parir com dignidade (NILSEN, 2011).

Essas práticas não farmacológicas têm contribuído no cenário da assistência ao trabalho de parto e parto, aumentando o nível de satisfação das parturientes e acompanhantes tornando o parto mais rápido e seguro, com maior tolerância à dor e com redução das intervenções desnecessárias consideradas por evidências científicas (SILVA, 2011; RISCADO, 2016).

Nesse cenário de assistência, a enfermagem obstétrica tem se destacado por seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto às diretrizes das boas práticas no trabalho de parto, parto e nascimento, que preconizam uma atenção de qualidade e segurança, com o mínimo de intervenções no atendimento à mulher e ao recém-nascido (MOURA et al., 2015).

Considerando a ideologia da humanização em busca de uma assistência digna ao parto natural, esta pesquisa busca conhecer os métodos não farmacológicos

para alívio da dor em partos atendidos por enfermeiros obstetras em uma maternidade de risco habitual de Recife.

### **Metodologia**

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, baseado no banco de dados do projeto guarda-chuva, intitulado: “Boas práticas de atenção ao parto normal assistido por enfermeiros obstetras em uma maternidade de Recife”. O cenário do estudo foi realizado no Hospital da Mulher do Recife (HMR). O universo caracterizado para efeito desta investigação foi composto por puérperas que foram atendidas em trabalho de parto no HMR. A amostra contemplou 289 puérperas, obtida por meio de cálculo amostral, considerando o nível de confiança de 95%, proporção esperada de 0,50, margem de erro de 0,05 e população total de 1200 mulheres, o tamanho calculado da amostra é de 292 observações.

Foram incluídas no estudo as mulheres que tiveram partos normais, atendidas por enfermeiros obstetras com condição clínica favorável à participação no estudo. Foram excluídas as mulheres internadas no período expulsivo, que tiveram gestações com apresentação pélvica e prontuários preenchidos de forma incompleta, que inviabilizassem a continuidade do estudo. Após coletados e registrados, os dados foram armazenados, organizados e tabulados em uma planilha eletrônica do programa Excel 2010. Em seguida, foi realizado o tratamento dos dados e testes estatísticos. Os cálculos percentuais relativos a cada item do instrumento de coleta de dados estão apresentados em forma de tabelas e gráficos.

### **Resultados e Discussão**

O presente estudo foi constituído por 287 puérperas com idades entre 19 e 29 anos 65,5% (n= 186), a maioria da cor parda 72,8% (n=209), com ensino médio completo 72,8% (n=150), casada ou em união consensual 62,0% (n=178), sem ocupação remunerada 70,0% (n=201), com renda familiar de um a três salários mínimos 77,0% (n=221) e procedentes de Recife e Região Metropolitana 92,0% (n= 264).



## Pluralidade de Saberes

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram parto normal no Hospital da Mulher do Recife, Pernambuco, 2018.

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
15-18 anos	36	12,8%
19-29 anos	186	65,5%
30-42 anos	62	21,8%
<b>Raça</b>		
Branca	45	15,7%
Negra	31	10,8%
Parda	209	72,8%
Indígena	01	0,3%
Ignorado	01	0,3%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	1	0,0%
Ens. Fundamental	94	32,8%
Ens. Médio	150	52,3%
Superior	41	14,3%
Ignorado	01	0,3%
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	103	35,9%
Casada/união consensual	178	62,0%
Viúva	04	1,4%
Ignorado	02	0,7%
<b>Ocupação remunerada</b>		
Sim	78	27,2%
Não	201	70,0%
Ignorado	8	2,8%
<b>Renda familiar</b>		
Sem renda	9	3,1%
< 1 salário mínimo	29	10,1%
1-3 salários mínimos	221	77,0%
>4 salários mínimos	12	4,2%
Ignorado	16	5,6%

Com relação a faixa etária das participantes observou-se a predominância de mulheres jovens, entre 19 e 29 anos. Em estudos realizados na cidade de São Paulo, identificou um perfil etário semelhante, com destaque para as mulheres com idades entre 20 e 35 anos em 73,5% dos casos, e 20-29 anos é de 65,3%, respectiva-

mente. Esses dados podem ser justificados por essas mulheres estarem em idade fértil (SILVA et al, 2013; SANTOS; PACHECO; OLIVEIRA, 2015).

Em relação à raça, a maioria era parda (72,8%). De acordo com a Base de Dados do Estado BDE, (2015), a raça parda é predominante entre as mulheres pernambucanas. Entretanto, estudo descritivo desenvolvido em duas maternidades da rede pública de São Paulo, com 424 puérperas a porcentagem era de 55,2%, já em Salvador 449 mulheres atendidas pelo SUS, 47,9% declararam-se negras e 44,1% pardas (SANTOS et al., 2015).

No que se refere à escolaridade, os dados desse estudo mostram que a maioria delas (52,3%) estudou até o ensino médio. Estudo descritivo com 424 parturientes que foram atendidas em um hospital da rede pública do município de São Paulo, mostrou um perfil escolar semelhante, em torno de 65% das mulheres (SANTOS; PACHECO; OLIVEIRA, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde parturiente com menos de cinco anos de estudo é considerado um fator de risco gestacional. A diminuição na possibilidade de morbidades graves, e de óbito materno por causas evitáveis se correlaciona ao tempo de estudo, tendo em vista que quanto maior o grau de instrução, maior o número de consulta de pré-natal, o que possibilita maior chance de detecção e tratamento precoce de morbidades durante a gestação (BRASIL, 2013).

Referente à situação conjugal, obteve-se maior dado sobre mulheres casadas e em união estável, equivalente ao resultado mostrado por Renner et al. (2015), onde estudou-se o perfil epidemiológico de puérperas atendidas numa maternidade do Rio Grande do Sul. Esta variável no presente estudo representa um fator importante, 62% das puérperas participantes da pesquisa apresentaram um relacionamento estável, fator importante para o estabelecimento de maior suporte psicológico e social para as mulheres.

Verificou-se também que 77% das mulheres avaliadas possuíam renda mensal entre um e três salários mínimos. No entanto, 70% das mulheres não tinham ocupação remunerada, consideradas como “do lar”. O padrão socioeconômico exerce grande influência sobre a gestante, reflete na sua nutrição, habitação e hábitos de higiene, podendo causar complicações na sua saúde, exercendo grande influência para o desenvolvimento de distúrbios psíquicos, como a depressão pós-parto, devido as dificuldades financeiras (ARAÚJO et al 2015).

Referente ao perfil obstétrico, observa-se que a maioria das mulheres entrevistadas tiveram partos anteriores 56,4% (n= 162), embora a quantidade de primíparas 43,6% (n= 125) tenha sido significativa. Das que tiveram parto anterior, apenas 8,4% (n=24) realizaram cesariana, 63,1% (n= 181) não planejaram a gravidez, 99,0% (n=284) fizeram pré-natal e 53,6% (n=154) realizaram de 5 a 8 consultas.

**Tabela 2.** Perfil obstétrico das mulheres que tiveram parto normal assistido por Enfermeiros Obstetras em uma maternidade da cidade do Recife-PE, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Paridade</b>		
Primípara*	125	43,6%
Múltipara**	162	56,4%
<b>Cesárea anterior</b>		
Sim	24	8,4%
Não	262	91,3%
<b>Nº cesárea anterior</b>		
1	22	7,6%
2 ou mais	3	1,0%
Ignorado	1	0,3%
<b>Realização de pré-natal</b>		
Sim	284	99,0%
Não	1	0,3%
Ignorado	2	0,7%
<b>Nº de consultas pré-natais</b>		
0	1	0,3%
1 a 4	48	16,7%
5 a 8	154	53,6%
>8	79	27,5%

Fonte. Pesquisa realizada pelos próprios autores, 2018. \*Primíparas: mulheres que pariu ou vai parir pela primeira vez. \*\* Múltiparas: mulheres que tiveram mais de um parto.

Apenas 8,4% realizaram cesariana anterior. Esse resultado diverge consideravelmente com outro estudo realizado no Piauí, no qual os dados mostram que o resultado dessa variável é 46,1% (SANTOS et al 2017).

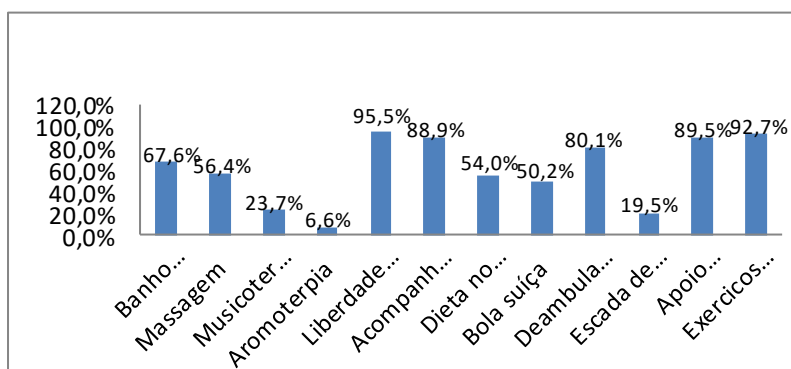
O MS recomenda que a primeira consulta de pré-natal seja realizada com até 120 dias de gestação (BRASIL, 2011). Quanto mais cedo for iniciada a assistência maior número de consultas poderão ser realizadas, possibilitando o acesso a exames, diagnósticos e tratamentos para patologias de grande repercussão na saúde binômio materno- fetal, como a hipertensão arterial, anemias, diabetes, infecções urinária, sífilis, dentre outros, além de viabilizar a medicação adequada à idade gestacional que auxilia no desenvolvimento fetal (CARDOSO et al, 2016).

Em relação a variável pré-natal desta, observa-se que 99,0% das entrevistadas realizaram consultas enquanto 0,35% foi de não adesão. Segundo RIBEIRO (2016), um dos motivos da baixa demanda ao pré-natal é a difícil localização geográfica para algumas ESF, que precisam de ampliação de cobertura para gestantes e

puérperas por meio de ACS e enfermeiros. Os ACS são uma extensão do ESF dentro da comunidade, pois eles acompanham a situação de saúde dos pacientes além de transmitirem informações de saúde à população (BRASIL 2009).

Quanto aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, observa-se que 67,6% (n=194) tomaram banho morno, 56,4% (n=162) receberam massagem, 23,7% (68) teve musicoterapia, 6,6% (n=19) aromoterapia, liberdade de posição 95,5% (n= 274), acompanhante ou doula 88,9% (n= 255), dieta no trabalho de parto 54,0% (n= 155), bola suíça 50,2% (n=144), deambulação 80,1 (n= 230), escada de ling 19,5%, apoio físico e emocional 89,5% (n= 257) e exercícios respiratórios 92,7% (n=266).

**Gráfico 1.** Métodos não farmacológicos utilizados na assistência ao parto assistidas por Enfermeiros Obstetras em uma maternidade da cidade do Recife.



O estudo de Barbieri (2013), afirma que o efeito do banho morno por aspensão e os exercícios na bola suíça usados individualmente, não exerce um efeito tão significativo quanto quando usados concomitantemente no alívio da dor. Aragão et al. (2017) alega que o banho de imersão é eficiente no alívio da dor, embora seja um método pouco utilizado devido à falta de estrutura e escassez de banheiras nas maternidades brasileiras, o que não justifica a não utilização desse método entre as entrevistadas desta pesquisa, tendo em vista que o Hospital da Mulher de Recife (HMR) tem uma excelente infraestrutura.

Estudos comprovam que a música utilizada durante o trabalho de parto causa estímulos agradáveis ao cérebro da gestante auxiliando a desviar seu foco da dor (SILVA, 2013). No estudo realizado por LEMOS et al (2014), observa-se a obtenção de um resultado positivo relacionado ao uso da música como método não farmacológico para o alívio da dor (MNFPAD) de estimular as pacientes a concentrar-se e fazerem orações. Nesse estudo quase ¼ das pacientes utilizaram a musicoterapia.

A utilização da aromaterapia como método não farmacológico para alívio da dor (MFPAD) proporciona a gestante um conforto e tranquilidade, minimizando o medo, ansiedade, por conseguinte a dor (LEMOS et al., 2014). Esta técnica ainda é pouco utilizada, assim como observamos nesse estudo, talvez essa baixa adesão seja pela formação que ainda é predominantemente tradicional, ou pela instituição não dispor dos óleos essenciais.

Vale ressaltar que a aplicabilidade do mesmo na atual pesquisa, foi realizada por Doulas e não por profissionais da instituição. A atuação da doula é essencial no cenário de humanização do parto, destacam-se na aplicabilidade das práticas integrativas e complementares (PIC) elencadas as necessidades das parturientes. A utilização das PIC utilizadas pelas doulas reflete no empoderamento da parturiente durante o trabalho de parto e ocasiona um ambiente acolhedor para o parto (SILVA et al., 2017).

Aragão, 2017 verificou em quatro estudos que a massagem tem maior efetividade se realizada na fase latente, pois além do alívio da dor, esse método diminui o estresse, ansiedade e desconforto além de permitir a participação do acompanhante, resultando maior satisfação para o mesmo e para a parturiente. Os resultados desse estudo estão de acordo com a pesquisa desenvolvida por Silva, 2013 onde a massagem foi realizada em 60,1% das parturientes. Este método é de fácil acesso, de custo zero e pode ser realizado pelo acompanhante.

Na variável liberdade de posição observa-se o empenho dos enfermeiros em transformar o quadro da assistência obstétrica, já que quase todas as pacientes relataram ter liberdade durante o trabalho de parto e parto, contrapondo o obtido por Leal et al. (2014), onde 90% das mulheres pariram na posição litotômica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério de Saúde (MS) orientam o incentivo das posições verticalizadas e liberdade de movimentação, no intuito de proporcionar bem-estar materno, favorecendo a progressão do trabalho de parto (OMS e BRASIL). Bio (2006), afirma em seu estudo que a posição vertical aumenta o diâmetro bisquiático de 6 a 7 cm, enquanto em posição litotômica o aumento do diâmetro é de 5 cm.

Ainda de acordo com Bio (2006), parturientes estimuladas a movimentar-se verticalmente obtém uma evolução maior na dilatação e apresentação fetal, pois essa posição favorece a realização de movimentos pélvicos que auxiliam na diminuição da duração da fase ativa.

No que se refere ao exercício respiratório, à utilização dessa técnica mostra um efeito significativo na diminuição da dor e da ansiedade, ocasionando o bem-estar da parturiente no pré-parto e parto, também melhora os níveis de saturação materna e fetal e seus benefícios comprovam que é uma técnica bastante eficaz, devendo assim ser encorajada quanto ao seu uso (SCHVARTZ et al., 2016; ARAGÃO, 2017).

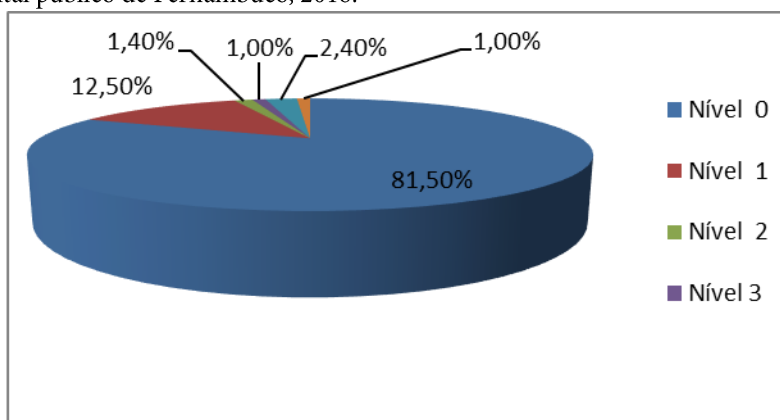
Nesse estudo observa-se uma porcentagem maior de mulheres que realizaram os exercícios respiratórios, do que de um estudo descritivo, de natureza quantitativa em

uma maternidade do Rio de Janeiro, onde a predominância de parturientes que realizaram os exercícios respiratórios é de 76,6% (REIS et al., 2014).

Refere à presença de acompanhante a instituição está de acordo com uma das normas da humanização no parto é garantida pela Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, que enuncia o direito da gestante a um acompanhante de sua escolha durante todo processo partitivo. Segundo Oliveira (2015), a presença de acompanhante junto à parturiente tem uma repercussão favorável por propiciar apoio emocional e maior segurança.

Foi observado nesta variável, o nível de satisfação das mulheres participantes da pesquisa em relação à assistência ao parto para totalmente satisfeita foi de 81,5% (n= 234), contra 12,5% (n= 36) para satisfeita, 1,4% (n= 4) para pouco satisfeita, 1,0% (n= 3) para insatisfeita, 2,4% (n= 7) para totalmente insatisfeita e não souberam ou não quiseram opinar 1,0% (n=3) de acordo com a tabela de classificação para satisfação existente no formulário (GRÁFICO 2).

**Gráfico 2.** Nível de satisfação das mulheres com a assistência ao parto em um hospital público de Pernambuco, 2018.



Fonte: Pesquisa realizada pelos próprios autores, 2018.

No quesito satisfação referente ao atendimento prestado durante o trabalho de parto e parto, foi bastante positivo com 92,7% tendo registrado o grau de satisfação máximo mediante a assistência fornecida a elas. A prestação de serviços da enfermagem obstétrica, em sua maioria é norteadas pelas boas práticas de humanização, valorizando a mulher e consolidando sua parturição por intermédio de apoio emocional, físico, acolhedor e seguro (ROCHA et al, 2015).

De acordo com Leal et al. (2014) a comunicação e escuta adequada são excelentes instrumentos favoráveis no atendimento, pois demonstra respeito e transmite estabilidade durante o processo de parir. Silva et al. (2017), afirma que a efetivação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual,

ainda é um obstáculo, embora estudos assegurem que esses profissionais atuam minimizando o uso de intervenções desnecessárias, tendo como resultado a diminuição de morbimortalidade materno e perinatal.

### **Conclusão**

A aplicabilidade dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto e parto resulta em grande benefício para as parturientes. Além do alívio da dor, promove um ambiente mais acolhedor e auxiliam no encaixe do bebê e o desencadeamento espontâneo do trabalho de parto, devolvendo à mulher o protagonismo nesse cenário.

Evidenciou-se que os métodos não farmacológicos, como acompanhante, liberdade de posição, apoio físico e emocional, banho de chuveiro, massagem e exercícios respiratórios foram direcionados a maioria das puérperas, sendo importantes na assistência ao trabalho de parto e parto, com um olhar focado na humanização.

Considera-se que houve um número elevado na utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor na população estudada. Acredita-se que esse fato seja justificado pela proposta de atendimento do local e estudo, baseada nos princípios da humanização e pelo atendimento realizado por enfermeiros obstetras conferir o aumento da chance de ter assistência humanizada, com respeito ao processo fisiológico do parto. Porém, alguns métodos necessitem de maior incentivo em sua prática como o caso da aromaterapia, banho de imersão, musicoterapia e utilização da Escada de Ling.

## Referências

ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.**, Recife, 16 (1): 29-37 jan. / marc., 2016.

ARAGÃO, H.T et al. Trabalho de parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor: revisão integrativa. UNIT Universidade Tiradentes. InternationalNursinCongress, maio 2017.

ARAUJO K.R.S. et al. Perfil sociodemográfico de puérperas em uma maternidade pública do nordeste brasileiro. **Rev. Eletrônica Gestão e Saúde.** Vol. 06, n. 03, p.2739-50, 2015.

BARBIERI, M. et al., Banho quente de aspersão, exercícios perineais, com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.5, p.478-484, 2013.

BIO E; Bittar R.E.; Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. BrasGinecol Obstet.** 28(11); 6719, 2006.

BASE DE DADOS DO ESTADO (PE) Dados populacionais. Disponível em <http://www.bde.pe.gov.br>

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,



Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v: Il.

CARDOSO MD; Ribeiro CMS; Oliveira IB; et al. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **Rev FundCare Online**. 2016 out/dez; 8(4):5017-5024.

CAUS, E. C. M. et al. O Processo De Parir Assistido Pela Enfermeira Obstétrica No Contexto Hospitalar: Significados Para As Parturientes. **Esc Anna Nery**. Florianópolis, 2012 jan.-mar; 16 (1):34-40

COSTA. M. G. F; SANTOS, R.O; SANTOS, J.O. Apoio emocional oferecido às parturientes: opinião das doulas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. V.2 p-18-31.

CAMACHO, K.G; PROGIANTI, J.M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf**. 2013 jul/set; 15 (3): 648-55.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar, 2014 do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. Recife, v. 16, n. 1, p. 39-47, Mar. 2016.

FARIAS, L.M. et al. Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa. **Ver. Rene**. 2011. 12(4):866-74

GUIMARÃES, D.S; COSTA, Y.F. Métodos não farmacológicos no alívio da dor em parturientes. 2016. 34f. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Tira Dentes, 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEMOS I.C. et al. Produção científica nacional sobre interativas não farmacológicas no trabalho de parto: uma revisão integrativa da literatura. **Enfermagem Obstétrica**.1 (1); 25-30, Rio de janeiro, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]. 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

NILSEN, Evenise; SABATINO Hugo; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2011; 45(3): 557-65.

OLIVEIRA, F.C. et al. Tempo do clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo. **Rev. Saúde Pública**, v.1, p.10-18, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Genebra, 2015.

PIMENTEL, M.M. A utilização das tecnologias não invasivas no cuidado em Obstetrícia na atenção ao parto e nascimento. 16f. Revisão integrativa. Universidade Federal Fluminense, 2016.

RENNER FW, et al. Perfil epidemiológico das puérperas e dos recém-nascidos atendidos na maternidade de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul no primeiro semestre de 2014. **BolCientPediatr.** 2015;04(2):27-32

REIS dos C.S.C. et al. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. **Enfermagem Obstétrica ABENFO.** 1(1): 7.11, janeiro 2014.

RISCADO, Liana Carvalho; JANNOTTI, Claudia Bonan; BARBOSA, Regina Helena Simões. A DECISÃO PELA VIA DE PARTO NO BRASIL: TEMAS E TENDÊNCIAS NA PRODUÇÃO DA SAÚDE COLETIVA. **Texto contexto - enferm. Florianópolis**, v. 25, n. 1, e3570014, 2016.

RIBEIRO, D.C. Proposta para melhoria no programa de pré-natal e puerpério na unidade básica de saúde Lourença Abreu da Silva, Baixa Grande, União- Piauí. (Trabalho de Conclusão de Curso Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2016.

Rocha F.A.A, Fontenele F.M.C, Carvalho I.R, Rodrigues I.D.C.V, Sousa R.A, Ferreira Júnior A.R. Júnior2 Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas **Rev Rene.** 2015 nov-dez; 16(6):782-9.

SANTOS, Jaqueline Oliveira et al. The obstetricalandnewborn profile ofpostpartumwomen in maternities in São Paulo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 1936-1945, jan. 2015. ISSN 2175-5361.

SCHVARTZ, et al. Estratégias de alívio da dor no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa. **Revista J Nurs Health. J Nurs Health** v.6(2), p.355-62, 2016.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitareenferm** [Internet]. cited 2012 Jan 12;13(4):585-90.

SILVA, D.A.O e; RAMOS, M.G; JORDÃO V.R.V. da; SILVA, R.A.R. da; CARVALHO, J.B.L. de; COSTA M.M.N. do; Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco on-line**. V.7, p- 4161-60, 2013.

SILVA, et al. Percepção das puérperas acerca da assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista UNINGÁ Revie**, V.53, n.2, pp.37-43, 2017.

SILVA, Lia Mota e; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de; SILVA, Flora Maria Barbosa da and ALVARENGA, Marina Barreto. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta paul. enferm.** [online]. 2011, vol.24, n.5, pp. 656-662. ISSN 0103-2100.

TAKEMOTO, A.Y., CORSO, M.R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.17, n. 2. P. 117-127, 2013.

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:  
UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

*Kéllida Moreira Alves Feitosa*

*Brenda Neiva Ribeiro*

*Lúcia de Fatima Pereira de Araújo Alves*

*Leila Dayana Firmino da Cruz*

**Introdução**

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996). Deste modo, este tipo de violência se revela em diferentes cenários, dentre eles a violência praticada em gestantes em unidades de saúde, na qual é denominada violência institucional obstétrica<sup>1</sup>.

Pesquisas apontam que uma em cada quatro brasileiras que deram luz foram vítimas de violência obstétrica, segundo a pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fiocruz. Os fatos envolvem atos de desrespeito, assédio moral e físico, abuso e negligência, que vão desde o período pré-natal até durante o parto, e apenas nos últimos anos esse tema está sendo debatido pela comunidade científica juntamente com os profissionais de saúde e sociedade civil<sup>2</sup>.

No Brasil, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em 1993, e do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000 são marcos históricos para promoção dos direitos humanos das mulheres, destacando-os durante o trabalho de parto e parto<sup>3 4</sup>.

Em razão disto, uma forma de combate à prática de violência institucional obstétrica é através de uma assistência pré-natal de qualidade, esta assistência deveria envolver diversos aspectos que poderiam ser benéficos às gestantes e profissionais de saúde, como compromisso, empatia, respeito e escuta ativa, englobando, dessa forma, a mulher como ser biopsicossocial, com modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais, não devendo ser restrita à apenas aspectos biológicos da gestante<sup>5</sup>.

Estudos apontam que uma em cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica durante o parto, e por mais que sejam alarmantes os casos, as mulheres não recebem nenhum tipo de assistência, seja ela psicológica ou legal. São casos tratados como invisíveis aos olhos das autoridades, cuja escassez nas investigações negligência a conduta humanizada e equânime que as gestantes

deveriam ter. Diante disso, as punições não acontecem, pois, parte das violências ocorridas não é apurada, seja por subnotificação da instituição hospitalar ou pela falta de informação das mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica<sup>2</sup>.

Os profissionais de saúde, à destacar o enfermeiro, responsável pela assistência ao pré-natal de baixo risco nas estratégias de saúde da família, deve orientar as gestantes durante todo processo gravídico através de ações individuais e grupais, atenuando medos e ansiedades, informando sobre os direitos durante o trabalho de parto e parto, dentre outras ações que tem como principal alvo diminuir as intervenções que caracterizam violência obstétrica nas unidades de saúde<sup>6 7</sup>

Diante da contextualização, o presente artigo propõe apresentar uma revisão integrativa, dos trabalhos publicados e avaliar o papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. Pretende-se ainda, contribuir com a consolidação de dados sobre o tema apresentando a abordagem dos estudos e referências que foram utilizadas pelos estudos.

### **Métodos**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que tem como propósito conhecer os diferentes tipos de metodologias abordadas nos estudos sobre violência obstétrica e viabilizar uma reunião das evidências disponíveis acerca do assunto.<sup>8</sup>

A revisão integrativa é considerada uma abordagem metodológica ampla, pois permite o uso de estudos experimentais e não-experimentais para obtenção de um entendimento pleno do fenômeno investigado. Tem o intuito de integrar uma diversidade de conceitos, revisão de teorias e análise de metodologias.<sup>9</sup> Para a elaboração desta revisão integrativa foram adotadas seis fases: 1) *Elaboração de uma pergunta norteadora: como o tema da violência obstétrica vem sendo abordado em artigos científicos?* 2) *Busca em banco de dados (Biblioteca Virtual em Saúde)* 3) *Coleta de dados;* 4) *Análise crítica dos estudos;* 5) *Apresentação dos resultados ; e Discussão dos resultados.*

A busca foi realizada meio de pesquisa avançada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram utilizados os seguintes descritores registrados na base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Violência Obstétrica” e “Saúde da Mulher”. As bases de dados de enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os critérios de inclusão foram artigos originais, disponibilizados na íntegra, publicados entre os anos de 2014 e 2018; no idioma português; com definição de método, cenário do estudo, população estudada, apresentação consistente dos resultados e perfil dos autores (preferencialmente profissão e/ou titulação). Os critérios de exclusão foram estudos de revisão e apresentação insuficiente dos resultados.

## Pluralidade de Saberes

O processo de síntese dos dados foi realizado por meio de uma análise descritiva dos estudos, sendo o produto final da análise apresentado de forma narrativa.

### Resultados e Discussão

A pesquisa na BVS, foi possível identificar 37 artigos hospedados na base de dados BDENF e SciELO. Após o refinamento a partir dos critérios de inclusão, 08 artigos foram considerados adequados para a pesquisa, compondo assim, a amostra do estudo.

Título	Bases de dados Autor/País/Ano	Métodos	Objetivos
A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento	BDENF - Rodrigues, et al, 2018.	Revisão integrativa	Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica.
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.	BDENF – Silva, et al, 2014.	Relato de experiência	Objetivou-se relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.
Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.	SCIELO - Zanardo et al., 2017.	Revisão narrativa	Explorar outras perspectivas que auxiliem na formação dos profissionais envolvidos nesse contexto e na melhoria das práticas assistenciais.
Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas.	SCIELO - Barbosa et al., 2017.	Revisão integrativa,	Descrever como os fatores intervenientes nas práticas de assistência ao parto interferem na vivência do parto e nascimento.
Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde	BDENF- Cardoso, et al., 2017.	Abordagem qualitativa,	Avaliar os saberes e práticas sobre violência obstétrica na percepção dos profissionais da saúde

## Pluralidade de Saberes

Violência no parto: revisão integrativa	BDENF - Gradim et., 2017.	Revisão integrativa	Identificar a produção científica acerca da violência contra a mulher no parto.
O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde	BDENF - Oliveira et al., 2017.	Abordagem qualitativa.	Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto.
O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres	BDENF - Oliveira et al, 2016.	Abordagem qualitativa,	Analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública, considerando as experiências vivenciadas na interação construída durante o trabalho de parto e parto.

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos pelo, título, autor, ano de publicação, método e objetivo do estudo. Recife, 2019.

Evidencia-se que a produção científica sobre violência obstétrica no período estudado está distribuída ao longo dos anos da seguinte forma: 2014 ( um artigo), 2016 ( um artigo) 2017 ( quatro artigos ) e 2018 (um artigo).

Observa-se a predominância de pesquisas com abordagem qualitativa e de revisões integrativas da literatura . uma provável o maior número de estudos sobre o tema através do método qualitativa é o acesso à análise do conteúdo dos participantes, oferecendo uma abordagem mais aprofundada sobre a percepção das mulheres que sofreram violência obstétrica.

Foi possível constatar que os artigos analisados possuem ao todo, 30 autores/coautores. Destes, 26 eram enfermeiros e 04 psicólogos. Em seguida, listamos os autores /ano de publicação, cenário do estudo, população estudada e resultados encontrado (Quadro 2).

Autor/ano	Cenário de estudo	População	Resultados
Rodrigues, et al.,2018.	13 artigos científicos	Profissionais de saúde	em comparação com as publicações em periódicos brasileiros (46,2%). No que tange à metodologia, dentre as treze produções, 46,2% eram baseadas na abordagem qualitativa; 30,7%, no método quantitativo; 15,4%, em revisão sistemática de literatura e 7,7% dos estudos eram publicações acerca de relato de experiência.

## Pluralidade de Saberes

Silva et al, 2014.	Centro Obstétrico, Centro de Parto Normal, Maternidade e/ou Alojamento Conjunto e Berçário. Município de São Paulo – SP.	Enfermeiras Obstétricas, Residentes em Enfermagem Obstétrica e Neonatal .	As verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes; os procedimentos desnecessários e/ou introgênicos realizados pelos profissionais de saúde, e o despreparo institucional para o parto humanizado.
Zanardo et al., 2017.	Narrativa de estudos sobre violência obstétrica	Mulheres em trabalho de parto e parto.	Além das intervenções obstétricas desnecessárias, muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos arraigados em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade é cotidiana e cruel e revela uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres.
Barbosa et al., 2017.	Artigos científicos	Pré-concepções contemporâneas sobre parto normal e cesárea,	Apontaram práticas de assistência ao parto desatualizadas, não recomendadas, vistas como “normais”, marcadas pelo autoritarismo, desrespeito às mulheres, caracterizando a violência obstétrica. Já o modelo humanizado, ao valorizar o protagonismo da mulher, torna a experiência de parto mais gratificante.
Cardoso, et al., 2017.	Maternidade de referência no município de Caxias, situado ao leste do estado do Maranhão, Nordeste do Brasil.	20 profissionais da saúde, sendo dois médicos, quatro enfermeiras e 14 técnicas em enfermagem.	Verificou-se que a maioria dos profissionais de nível superior possuía alguma especialização em áreas afins. Das quatro enfermeiras, todas estavam aptas a realizar partos de baixo risco sem a presença do médico.
Gradim et., 2017.	Produções científicas	11 artigos	Todos reconheceram a violência como um problema
Oliveira et al., 2017.	Sete maternidades, pertencentes à rede pública da Região Centro-Oeste de Minas Gerais.	Entrevistas com 36 parturientes, dez enfermeiros obstetras e 14 médicos obstetras	Há presença da violência obstétrica, porém há certo consentimento por parte das mulheres que, na presença do nascimento, esquecem a forma da assistência recebida.
Oliveira et al., 2016.	Maternidade de rede pública de Minas Gerais.	41 puérperas	Tipos de violência obstétrica vivenciados na gestação e no parto

**Quadro 2.** Descrição dos artigos publicados sobre violência obstétrica. Recife, 2019.



Diante do que foi apresentado todos os artigos foram publicados em revistas nacionais, evidencia-se também, que a produção científica pesquisada é bastante recente, estando a primeira publicação data de 2014, só um artigo, nos dois anos sub-seqüentes, tem –se 2016 ( um artigo), 2017 ( quarto artigos) e 2018 ( um artigo).

Observando–se a área de conhecimento dos periódicos, percebe-se que as publicações analisadas estão veiculadas do seguinte modo: Revista de enfermagem ( sete artigos) e Revista de Psicologia ( um artigo).

Em função dos artigos, frutos dos resultados empíricos, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta , foi observado a predominância de pesquisas qualitativas. Uma explicação pode ser o fato da maioria desses estudos utilizarem como instrumento coleta de dados para detecção das violências obstétricas sofridas por mulheres, outro ponto visto dos 08 artigos, dois foram de revisão integrativa da literatura, três coletas de dados com mulheres e quatro coleta de dados com profissionais de saúde.

Dos 30 pesquisadores, no que se diz respeito a sua titulação, estão disponibilizados dados: doze doutorados, dezesseis mestres e dois acadêmicos. No cenário mundial, com o fim da Segunda Guerra, intensificou-se o processo de institucionalização do parto, com o objetivo de diminuir as taxas de mortalidade materna e infantil. No Brasil, como em outros países, o parto passou a ser um acontecimento médico, sendo necessário isolar a parturiente durante o processo de nascimento, o qual necessita de intensa medicalização e de rotinas, desapropriando a mulher de uma atitude ativa durante o trabalho de parto e parto.<sup>10</sup>

O modelo de atenção obstétrica tornou-se reconhecido como extremamente intervencionista, tendo como representação mais significativa desse fato as taxas de cesárea mais altas do mundo.<sup>11</sup>

Paralelamente, as práticas de abandono, negligência, silêncio imposto e ofensas morais pelos profissionais de saúde durante o trabalho de parto e parto trazem consigo estímulos negativos ao mecanismo de enfrentamento materno, pois gera um ambiente desarmônico e de opressão humana, impossibilitando um atendimento digno e favorável ao bem estar do binômio mulher-bebê.<sup>12</sup>

Mesmo diante dessa elucidação, ainda hoje é possível constatar que as mulheres passam por inúmeras práticas desrespeitosas na assistência ao parto e nascimento, a saber: manipulação desrespeitosa de seu corpo com a medicalização, amniorrexe precoce, tricotomia, episiotomia, fórceps obstétrico, cesariana e manobra de Kristeller, práticas consideradas prejudiciais à saúde materna e do concepto. Essas práticas são realizadas sem o prévio conhecimento e consentimento da mulher anulando, com isso, o seu poder decisório, com o agravante do descumprimento das boas práticas do parto normal preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).<sup>13</sup>

O processo parturitivo deixa de ser um fenômeno de essência individual e fisiológico e passa a ser um momento de experiências, muitas vezes negativas, per-

dendo assim as características de individualidade feminina e de naturalidade, sendo que os trabalhadores da saúde encaram o parto como um evento patológico e propício para as intervenções, tornando esse momento uma experiência sofrida e fria, no qual a mulher é considerada como um objeto.<sup>14</sup>

No campo da saúde, intensificaram-se as discussões sobre as intervenções desnecessárias na assistência ao parto, o que acaba por emergir o conceito de violência obstétrica, entendido como qualquer ato ou intervenção desnecessária dirigida à parturiente ou ao neonato, praticada sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física ou psicológica, indo contra os seus sentimentos, desejos e opções.<sup>15</sup>

Conforme evidenciamos, o modelo de assistência obstétrica está ultrapassado. Ainda que o Ministério da Saúde faça propostas de Políticas e Programas de Saúde da Mulher que proponham práticas assistenciais baseadas em evidência científica, é necessário mudar o processo de formação dos profissionais de saúde, pois ainda há o predomínio da formação pautada no tecnicismo e no uso indiscriminado das tecnologias e intervenções iatrogênicas na assistência obstétrica de baixo risco. Porém, estas mudanças na formação não serão concretizadas se as próprias práticas de atenção ao parto não forem discutidas e reconhecidas como obsoletas e violentas pelos gestores e profissionais de saúde atuantes na assistência pré-natal e no pós-parto, dado que a violência obstétrica não se limita ao parto.<sup>16</sup>

As propostas realizadas pela OMS em 1985 que estimulavam o parto vaginal, a amamentação logo após o parto, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido e a presença de acompanhante durante o processo. Além disso, recomendava a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal e a inclusão de parteiras no sistema de saúde em regiões sem presença da rede hospitalar, assim como a modificação das rotinas e diminuição das intervenções consideradas desnecessárias.<sup>17</sup>

Acreditamos que a Enfermagem Obstétrica pode fazer uma grande diferença nestas condutas posturais e violentas da assistência obstétrica, atual que se perpetua desde início do século XX, onde o parto foi institucionalizado, pois segundo a Organização Mundial da Saúde e reafirmado pelo Ministério da Saúde por meio de seu programa atual de humanização da Rede Cegonha, é a categoria profissional mais preparada para a mudança deste histórico brasileiro e consolidação de uma assistência segura ao processo do parto e nascimento.<sup>18</sup>

Reposiciona-se a mulher enquanto dona do seu corpo e de sua sexualidade, que possui um corpo capaz de gestar e de parir, capaz de ter seus filhos com o apoio e mediação de outras mulheres (enfermeiras, obstetrizes, doulas).<sup>18</sup>

Sob o enfoque de gênero, que as práticas e o modelo de assistência obstétrica em vigência no Brasil desrespeitam e/ou ignoram os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, o que se reflete nos altos índices de cesárea e nos maus tratos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras. Fazem-se necessárias múltiplas ações para colocar em prática a humanização da assistência obstétrica e motivar aqueles que não

acreditam nela, visando uma melhor qualidade da assistência ao parto e uma vivência satisfatória para todas as mulheres, independente do gênero e da classe social.<sup>16</sup>

Segundo a OMS, a assistência ao parto realizada por profissionais capacitados é o fator mais importante para diminuição da mortalidade materna. Os enfermeiros obstetras são considerados profissionais qualificados, para a assistência ao parto, enfermeiras obstetras.<sup>19</sup>

Reconhecido como um elemento chave no processo de (re)modelação na assistência à parturiente ao recém-nascido. Dessa forma, deve-se investir na qualificação desses profissionais, para que sejam implementadas medidas que visem a promoção e o fortalecimento das boas práticas na assistência ao parto.<sup>12</sup>

### **Conclusão**

Nota-se que a violência obstétrica é um tema presente na discussão científica, com um crescimento de trabalhos publicados e predominância de pesquisas com abordagem qualitativa. Os estudos revelaram a enfermagem como um ponto importante na tentativa de identificar quais tipos de violência obstétricas e assim tentar extinguir esses eventos nas maternidades.

Sendo assim, ao buscar compreender os fatores preponderantes que tem ocasionado às violências obstétricas e quais medidas a enfermagem vem adotando para prevenir e/ou amenizar essa problemática, pode-se verificar que o parto normal é o tipo de parto escolhido pela grande maioria das mulheres, no entanto, sua autonomia quanto à escolha é negligenciada, dando abertura para uma gama de condutas desnecessárias e violência verbal e física.

Evidenciamos que a violência obstétrica é um problema latente e um campo aberto e amplo a ser explorado, sendo uma realidade que ganha notoriedade a cada dia. O modelo de assistência obstétrica em vigência no Brasil desrespeita e/ou ignoram os direitos sexuais, reprodutivos e humanos, o que se reflete nos altos índices de cesárea e nos maus tratos sofridos pelas mulheres nas maternidades brasileiras. Fazem-se necessárias múltiplas ações para colocar em prática a humanização da assistência obstétrica e motivar aqueles que não acreditam nela, visando uma melhor qualidade da assistência ao parto e uma vivência satisfatória para todas as mulheres, independente do gênero e da classe social.

## Referências

Silva MG, Marcelino MG, Marcelino MC ,Rodrigues LS, Toro RC, Shimo AKK, Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.Rev Rene. Campinas- SP, 2014.

Abramo FP, Violência no parto: na hora de fazer não gritou.Rev. Fundação Perseu Abramo, São Paulo-SP 2010.

Martinelli KG, Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha. Rev Bras Ginecol Obstet,Jardim Paulista-SP, 2014.

Diniz SG. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Journal of Human Growth and Development, São Paulo-SP, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS. Organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 240 p.: il.: 30 cm, 2011.

Guerreiro EM, O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte-MG, 2012.

SILVA EP, Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo durante o período pós-parto. Rev. Saúde Pública vol.49 São Paulo-SP, 2015.

Acosta LD, Metodologia e ferramentas para o trabalho e formação do docente. Rev. Prograd. Florianópolis –SC.2012.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Rev. Integrativa. Três Lagoas –MS, 2010.

Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres / The sensitive and insensitive in the delivery room: interdiscourses of health professionals and women. Biblioteca Digital . Belo HorizonteMG, 2016

Aguiar, J.M.; Oliveira A.F.P.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface, Comunicação, Saúde e Educação, v. 15 São Paulo-SP, 2010.

Silva SF, Percepção social de puérperas sobre violência no trabalho de parto e parto: revisão integrativa. Rev. Grupo tiradentes Aracaju-SE 2016.

Silva MG, Marcelino MG, Marcelino MC ,Rodrigues LS, Toro RC, Shimo AKK, Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.Rev Rene. Campinas- SP, 2014.

Costa CFFJ, Moraes AM, Oliveira FBM, Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde / Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals. . Rev. enferm. UFPE on line .Recife-PE 2018.

Oliveira VJ, Penna CMM. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals / El discurso de la violencia obstetrica en la voz de las mujeres y de los profesionales de la salud / O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde.Rev. enfermagem. Divinópolis-MG, 2016.

Barbosa LC, Fabbroso MG, Machado F. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativa. Rev. AE Artículo de Revisión. São Paulo-SP, 2017.

Zanardo GLP, Uribe MC, Nadj AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrative. Rev. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre-RS, 2017.

Silva MG, Marcelino MG, Marcelino MC ,Rodrigues LS, Toro RC, Shimo AKK, Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.Rev Rene. Campinas- SP, 2014.

Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer / Obstetric violence and quaternary prevention: what it is and what to do / La violencia obstétrica y la prevención cuaternaria: qué es y qué hacer. Rev. bras. med. fam. comunidade. Brasília-DF 2015.

Matoso LML. Papel do enfermeiro frente à violência. obstétrica .C&D-Revista Eletrônica da FAINOR, Vitória da Conquista –BA, 2018.

Pereira RD, Santana VR, Machado PM, A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento / Obstetric violence in the context of labor and childbirth. Rev. enferm. UFPE on line .Recife-PE 2018.

Côrtes GCV, Ribeiro ME, Pacheco TCMP, Salles TA, Violência no parto: revisão integrativa Rev. enferm. UFPE on line Recife- PE, 2017.

## MORTALIDADE MATERNA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Kéllida Moreira Alves Feitosa*

*Rachel Caroline Alves Leite*

*Eduardo Neves Corte Real de Andrade*

*Tiago Moreira Alves Feitosa*

### **Introdução**

A morte materna é considerada a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou da localização da gravidez (OMS, 2008). Constitui-se em um indicador que reflete a qualidade dos serviços de atenção à mulher em idade fértil, além de ser extremamente sensível para avaliar o nível de pobreza de um determinado local (ELIZALD, 2004; LEAL, 2008).

No Brasil é considerada uma tragédia evitável em 92% dos casos, reconhecida como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2009).

A mortalidade materna pode ser desmembrada em dois grupos: Mortalidade obstétrica direta (complicações durante a gravidez, parto ou puerpério), que representa cerca de dois terços dos óbitos, o que nos permite perceber as falhas na qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar prestada às mulheres brasileiras; e Mortalidade obstétrica indireta, resultante de doenças pré-existentes ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, agravadas pelos efeitos fisiológicos gestacionais (BRASIL, 2009).

Diante da constatação do elevado número de óbitos maternos por doenças consideradas potencialmente evitáveis, decidiu-se pela realização do presente estudo que teve por objetivo analisar a prevalência da mortalidade materna, a partir de estudos publicados na literatura que se propõem a diagnosticar a situação no cenário mundial, nos últimos dois anos.

As síndromes hipertensivas são denominadas como causas obstétricas diretas de mortalidade materna, sendo motivo de grande preocupação nos diferentes setores de saúde. São consideradas as principais causas de mortalidade materna no Brasil, o que reflete falhas na qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar prestada às mulheres brasileiras.

Para que se torne possível reduzir esse agravo e propor mudanças na assistência à saúde da mulher, é importante enfatizar no monitoramento do nível e da tendência dos óbitos, com informações detalhadas dos casos de mortes e identificar quais os fatores de risco que podem ser amenizados.

No cenário mundial, a cada ano, 358.000 mulheres morrem durante o período o gestacional e o parto. As principais causas incluem: hemorragia, hipertensão, infecção e aborto (WHO, 2011).

Dados de 2008, afirmam que todos os dias, cerca de 1.000 (mil) mulheres morreram devido a estas complicações. Em países em desenvolvimento, o risco de uma mulher vir a óbito por causas relacionadas à gestação é aproximadamente 36 vezes maior, quando comparado aos países desenvolvidos (WHO, 2010).

Na América Latina, os óbitos são calculados em cerca de 15 mil mulheres por ano, devido às complicações na gravidez, parto ou puerpério. Grande parte desses óbitos poderia ser evitada se as condições de saúde fossem adequadas (BRASIL, 2009).

No Brasil, através da análise por grupos de causas de óbitos maternos, foram listadas as três principais, dentre elas, merecem destaque as síndromes hipertensivas, seguido das hemorragias, infecções puerperais e doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2009).

Estudo realizado na cidade do Recife (PE) demonstrou que a principal causa de internamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi a síndrome hipertensiva, correspondendo a 78,4% do total de admissões (AMORIM, *et al*, 2008).

Em Recife, a mortalidade materna por causa obstétrica direta mais frequente foi a hipertensão (19%), seguida de hemorragia (16%) e infecção (11%), consideradas evitáveis em 82% dos casos (COSTA *et al*, 2002). Esse quadro é confirmado em pesquisa mais recente no mesmo município, cuja principal causa de morte foi decorrente dos distúrbios hipertensivos, permanecendo como um importante problema de saúde pública (CORREIA *et al*, 2011).

Além disso, mereceu destaque a elevada frequência de morte materna por síndromes hipertensivas em mulheres com menos de 50 anos. Esse quadro evidencia a importância desse agravo à saúde, visto que é associado ao período fértil da mulher, cujos transtornos hipertensivos e as doenças do aparelho circulatório podem ser agravados pela gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2006; CORREIA *et al*, 2011; COSTA *et al* 2002).

Existem basicamente três formas de se medir a mortalidade materna. A primeira, conhecida como Razão de Mortalidade Materna (RMM), a mais amplamente utilizada, que mede o risco obstétrico associado a cada gravidez. Este indicador serve de base para o monitoramento do ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, para melhorar a saúde materna (WHO, s/n). A segunda, denominada Taxa de Mortalidade Materna, também mede o risco obstétrico e a frequência com que cada gestante é exposta a este risco (WHO, 1999). A terceira opção estima o risco de a mulher engravidar associado ao risco de morrer em consequência da gestação, levando-se em consideração todo o seu período de vida reprodutiva (WHO, 2004).

A RMM é utilizada para avaliar o número de óbitos em mulheres em idade fértil, dos 10 aos 49 anos de idade. Este indicador relaciona as mortes maternas obstétricas diretas (complicações durante a gravidez, parto ou puerpério) e indiretas (patologias pré-existentes, agravadas no período gestacional) com o número de Nascidos Vivos, expresso por 100.000 nascidos vivos. Todos os casos de óbitos são avaliados, no entanto, são excluídos desta classificação aqueles ocorridos após 42 dias do término da gestação (BRASIL, 2009).

As maiores RMM são encontradas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, respectivamente. Em países em desenvolvimento, quando a Razão de Mortalidade Materna ultrapassa 50 mortes maternas/100.000 nascidos vivos, como é o caso do Brasil, deve ser considerado um alerta para quantificar e analisar individualmente os casos de mortes maternas, com o intuito de identificar as deficiências no atendimento à saúde e deliberar estratégias para reduzir esses agravos (VEGA, KAHHALE, ZUGAIB, 2007).

A redução da mortalidade materna está incluída nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio – ODM, estratégia organizada em 2000, pela Organização das Nações Unidas – ONU, após analisar os maiores problemas mundiais. Dessa forma, foram estabelecidos 8 Objetivos do Milênio, que no Brasil é conhecido como os “8 jeitos de mudar o mundo”, cujo compromisso é melhorar as condições de saúde das gestantes e reduzir a mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015, estimando um declínio anual de 5,5% (WHO, 2007; BRASIL, 2007b).

De acordo com o Relatório de Tendência da Mortalidade Materna, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outros colaboradores, a mortalidade decorrente de complicações durante a gravidez e parto reduziu para 34% de 1990 a 2008, o que significa uma redução de 2,3% ao ano. Embora, a taxa anual de declínio de mortalidade seja menor que a metade do desejável para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM (WHO, 2010).

Desde 1990, a redução global da taxa de mortalidade materna é crescente nos países mais pobres, que representam as taxas mais elevadas e as mulheres enfrentam um alto risco de morte, devido às falhas dos recursos à saúde. Esse quadro reflete o resultado dos esforços dos hospitais e centros de saúde em prestar assistência de mais qualidade (WHO, 2010).

Apesar do avanço no controle da mortalidade materna, vários estudos têm demonstrado a precariedade de informações sobre a mortalidade em países em desenvolvimento, com o agravamento da subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (COSTA *et al*, 2002; BRASIL, 2009).

Diante disso, percebeu-se a necessidade em criar uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência à mulher, garantindo o acesso às consultas de pré-natal e aumentando o número de partos realizados em hospitais. Além disso, foram implementados os Comitês de Morte Materna (CMM), com o intuito de



incentivar o registro adequado dos óbitos e o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica nos estados e municípios (BRASIL, 2007).

Os CMM compõem as instituições governamentais e da sociedade civil organizada, cuja área de atuação é a Saúde da Mulher, que visam a melhoria da qualidade da notificação dos óbitos, com o intuito de conhecer suas causas e monitorar suas ocorrências (BRASIL, 2007; LEAL, 2008). Entre os anos de 2001 e 2005 houve um aumento de 92% da quantidade de CMM (BRASIL, 2007 b).

Em Recife, o Comitê Municipal de Estudos da Mortalidade Materna (CMEMM) foi criado em 1996, tendo como uma das principais atribuições, a realização de análises sobre a situação da mortalidade materna, com base nas informações fornecidas pela vigilância epidemiológica de óbito materno (Prefeitura da cidade do Recife, 1996).

Para reduzir esse agravo, as metas devem estar direcionadas para a melhoria da qualidade da assistência e investir nos serviços de saúde nos locais onde as mulheres estão em maiores riscos, ou seja, aquelas lotadas em zonas rurais e em zonas de conflito, as minorias étnicas, grupos indígenas e portadoras de HIV (WHO, 2010). Além disso, a redução da mortalidade materna depende do monitoramento do nível e da tendência dos óbitos, com informações detalhadas dos casos de mortes para que se torne possível propor mudanças na assistência à saúde (BRASIL, 2009).

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa com abordagem exploratória, do tipo revisão de literatura, com o levantamento de informações acerca da mortalidade materna no cenário mundial, nos últimos 2 (dois) anos. Para a elaboração deste estudo, foi adotado um conjunto ordenado de critérios que determinam a cientificidade de uma revisão de literatura que inclui: a pergunta de revisão, critérios de inclusão e exclusão, seleção do material, coleta e síntese dos dados (PEREIRA; BACHION, 2006).

A definição do problema de pesquisa foi direcionada a partir da seguinte questão norteadora: *Qual o número de publicações e o perfil da mortalidade materna nos últimos 2 (dois) anos?*

Este estudo foi realizado no primeiro semestre de 2012, a partir das bases de dados *on-line*: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e MEDLINE. Esta estratégia de pesquisa foi possível através do acesso à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) /Bireme/OPAS/OMS (<http://bases.bvs.br>).

A seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta ao DECS (descritores de assunto em ciências da saúde da BIREME). Na busca, os seguintes descritores, em língua portuguesa, foram considerados: *mortalidade materna, complicações na gravidez e fatores de risco.*

Foram utilizados os operadores lógicos “AND”, “OR” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações.

Nas bases de dados citadas foram encontrados inicialmente 1241 artigos, após filtragem para o ano 2010, ficaram 107 e no idioma português com texto completo apenas 19, no ano de 2011 foram 140 dos quais apenas 15 tinham texto completo e em português. Em seguida, foram analisados os artigos que se enquadraram nos objetivos e que tinham textos completos, dos 34 artigos encontrados apenas 8 se enquadraram para nesse estudo.

Dentre os critérios de inclusão da pesquisa, foram considerados apenas os artigos nos quais foi possível a identificação dos óbitos ocorridos em mulheres em idade fértil (10 e 49 anos); óbitos relacionados à gestação e/ou puerpério, independente do tipo e duração da gestação, que ocorreram nos últimos dois anos. Foram descartados os casos de óbitos decorrentes de causas ginecológicas.

### **Resultados**

Na tabela a seguir, são apresentadas informações sobre os 8 estudos incluídos nesta revisão, com a revista publicada, autor, ano, local, desenho do estudo e as causas de óbitos mais frequentes, acerca da mortalidade materna nos últimos dois anos.

Destes 8 artigos, 5 foram publicados em 2011 e 3 em 2010, metade desses estudos foram feitos no nordeste brasileiro, quanto ao desenho do estudo 4 fizeram estudo de corte transversal, 2 estudo descritivo, 1 estudo de caso controle e 1 por base eletrônica PudMed.

As causas de óbitos mais frequentes identificadas nos artigos analisados foram as causas obstétricas diretas, como as doenças hipertensivas, hemorragias, infecções e abortos. Quase 80% dos óbitos foram considerados evitáveis, sendo a causa mais frequente a doença hipertensiva, o que indica problemas na qualidade assistencial ou falta de pré-natal.

## Pluralidade de Saberes

**Tabela 1.** Artigos selecionados para a revisão de acordo com a autoria, ano de publicação periódico, local de estudo, metodologia e causas do óbito materno.

<b>Autoria</b>	<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local de Estudo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Causas do óbito</b>
Correia, Rafaela Araújo, et al.	2011	Revista Brasileira de Enfermagem	Recife (PE)	Estudo epidemiológico de corte transversal	Transtornos Hipertensivos
Leite, Régio Maria Batista, et al.	2011	Caderno de Saúde Pública	Recife (PE)	Estudo caso controle	Doenças Hipertensivas, Hemorragias, Infecções, Abortos.
Xavier, Saulo Bezerra, et al.	2010	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	Recife (PE)	Estudo descritivo	Doenças Hipertensivas, Hemorragias, Infecções, Abortos.
Marinho, Ana Cristina da Nóbrega, et al.	2010	Revista Escola Enfermagem da USP	João Pessoa (PB)	Estudo transversal	Síndrome Hipertensivas
Morse, Marcia Lait, et al.	2011	Caderno de Saúde Pública (RJ)	Brasil	Estudo descritivo ou analítico	Doenças Hipertensivas, Hemorragias.
Novo, Joe Luiz Vieira Garcia, et al.	2010	Revista Brasileira Saúde Materno Infantil	Sorocaba (SP)	Estudo de corte retrospectivo	Distúrbio Hipertensivo (Eclampsia)
Viana Rosane da Costa, et al.	2011	Comunic, Cinecias Saúde	-	Pesquisa pela base eletrônica PudMed.	Doenças Hipertensivas, Hemorragias.
Tognini, Silvana	2011	Revista Assoc. Médica Brasileira	Região do Grande ABC (SP)	Estudo transversal	-

## Discussão

A hipertensão arterial, infecção e hemorragia não estão mais entre as principais causas de morte materna nos países desenvolvidos, porém continuam em destaque nos países em desenvolvimento, como no Brasil, onde a hipertensão arterial é a causa de morte materna mais frequente (TANAKA, MITSUIKI, 1999; CORREIA, 2011, COSTA *et al* 2002; LEITE *et al* 2011; XAVIER, 2010).

Em muitos países destacou-se a doença hipertensiva como a causa principal de mortalidade materna, até mesmo na Holanda, cuja RMM é considerada baixa, entre 9 – 12/100.000 NV (MORSE *et al* 2011). A hipertensão arterial está presente em 10% das mulheres durante a gravidez, podendo sua complicação (pré-eclâmpsia/eclâmpsia) resultar em óbito materno em 10% a 15% dos casos. O agravamento da pré-eclâmpsia pode comprometer a função do fígado, rins, cérebro e do sistema de coagulação sanguínea, além de acarretar implicações perinatais importantes, como a restrição do crescimento e a prematuridade fetal (DULEY, 2009).

Estudo realizado no Conjunto Hospitalar de Sorocaba revelou que a eclâmpsia representa importante causa de óbito materno. Foram avaliados 35.973 partos, 179 casos de eclâmpsia (4,46%), 52 evoluíram com sérias complicações e 8 foram a óbito, o que representa uma mortalidade por eclâmpsia de 22,24 óbitos para 100.000 partos. Neste estudo, as complicações clínicas por eclâmpsia mais frequentes foram: coma cerebral, coagulação intravascular disseminada, parada cardiorrespiratória e insuficiência renal (GARCIA NOVO; GIANINI, 2010).

Além disso, foi possível identificar que 71% das admissões hospitalares tiveram como diagnóstico de gravidade relacionada à eclâmpsia, associado ao encaminhamento incorreto aos níveis primários e secundários de saúde, com esquemas inapropriados nas crises convulsivas (GARCIA NOVO; GIANINI, 2010).

Em relação à atenção ao parto, destacam-se como falhas na assistência a subutilização de sulfato de magnésio na hipertensão e os entraves para transfusão sanguínea nos quadros hemorrágicos (MORSE *et al*, 2011). Embora o tratamento com sulfato de magnésio seja considerado importante para a prevenção e controle das convulsões eclâmpicas e de reduzido custo, não está disponível em todos os países, o que agrava o quadro de hipertensão, tendo como resultado o óbito materno que poderia ser evitado (DOLEY, 2009).

Quanto à hemorragia, foi evidenciada como a principal causa de morte materna na África (33,9%), na Ásia (30,8%), como também, na Bolívia, Peru e Venezuela. Enquanto que no Brasil é considerada a segunda causa de óbito materno em percentual bem próximo às doenças hipertensivas (MORSE *et al*, 2011).

Neste mesmo estudo, as complicações pós-aborto representaram reduzido percentual (5% a 15%). Em contrapartida, no Uruguai e na Argentina podem chegar a 25% dos casos. No entanto, é possível se pensar em uma subestimativa dos dados, por questões legais e culturais que permeiam o aborto no país (MORSE *et al*, 2011).

Em Recife, as mortes maternas classificadas como obstétricas diretas ocorreram em 49,5% (CORREIA *et al* 2011) e 54,7% (LEITE *et al*, 2011) dos casos. Dentre elas, houve predomínio das doenças hipertensivas, infecções, hemorragias, cardiomiopatias pós-parto e dos abortamentos. As causas obstétricas indiretas responderam por 48,6% dos óbitos (CORREIA *et al* 2011), com destaque para a AIDS, as infecções e as cardiopatias preexistentes (LEITE *et al* 2011).

Nesse município, na última década não foram identificadas modificações das principais causas de morte materna obstétrica direta, considerando os resultados de pesquisa anterior, realizada no período de 1994-2000, que representa quadro semelhante aos dados atuais (COSTA *et al*, 2002). Em contrapartida, o estudo mostra o avanço da AIDS dentre as causas obstétricas indiretas, destacando-se na primeira posição (LEITE *et al*, 2011).

Apesar da pré-eclâmpsia e a eclâmpsia serem o resultado do agravamento da hipertensão no período gestacional, com evolução insidiosa, são consideradas evitáveis, bem como o manejo adequado da hemorragia e o controle das complicações gestacionais e puerperais, desde que seja oferecida assistência pré-natal e à parturição adequadas, com possibilidades de redução significativa da morbimortalidade materna e fetal (GARCIA NOVO; GIANINI, 2010; CORREIA *et al*, 2011).

No Brasil, é evidenciado o aumento do número de consultas de pré-natal nos serviços do SUS (1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003). No entanto, foi evidenciado um comprometimento da qualidade da atenção oferecida pelo aumento da incidência de sífilis congênita e permanente quadro da hipertensão como principal causa de morte materna (BRASIL, 2005).

A realização do pré-natal foi frequente nos estudos analisados. Em Recife, elevado número de mulheres iniciou o pré-natal antes do quarto mês, seguindo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, entretanto, o número de consultas não foi considerado adequado, com menos de seis consultas pré-natais, 21,6% de quatro a seis consultas (CORREIA *et al*, 2011) e apenas 26,2% das mulheres realizaram seis consultas ou mais (LEITE *et al*, 2011). Outras falhas identificadas no pré-natal foram: distância entre a última consulta e o parto, e não identificação de fatores de risco (MORSE *et al* 2011).

Esse quadro retrata a inadequação da assistência oferecida no pré-natal, o que reflete em fatores fortemente associados ao risco de morte materna na população estudada (LEITE *et al*, 2011; CORREIA *et al*, 2011). Dessa forma, é reconhecido como entrave ao alcance da redução da morbimortalidade materna, visto que, está

diretamente relacionada à assistência oferecida no pré-natal (FERRER, ARREOLA *et al*, 2005) e da qualidade da atenção recebida na gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2010).

Há evidências de que a gestação de risco que resulta em morte materna indica que houve falha no serviço primário à saúde, com o início do pré-natal tardio, número de consultas pré-natal insatisfatório ou a não realização do pré-natal. Essa conclusão pode ser respaldada, pelo fato de o serviço de pré-natal possibilitar a detecção dos fatores de risco obstétricos precoces, com a possibilidade de encaminhamento à hospitalização direcionada à gravidade do quadro (COSTA *et al*, 2002).

Dessa forma, fica evidente a correlação entre a disponibilização de assistência pré-natal, sua qualidade e a ocorrência de complicações, incluindo principalmente, a morte (BEZERRA; ALENCAR; FEITOSA, 2005; MORSE *et al* 2011; CORREIA *et al*, 2011; LEITE *et al*, 2011).

Quanto ao local do óbito, 91,9% dos casos ocorreram no ambiente hospitalar, destes, 52 (46,8%) apresentavam quadro clínico considerado grave no momento da admissão hospitalar e internamento. Esse número torna-se preocupante, visto que, em 56,8% das mulheres foram encaminhadas ao atendimento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), necessitando de assistência de alta complexidade para a consecução da gravidez (CORREIA *et al*, 2011).

Em relação à paridade, foi evidenciado o maior número de óbitos em mulheres de baixo risco reprodutivo (menos de quatro gestações anteriores), assemelhando-se com resultado de outro estudo realizado na mesma cidade (CORREIA *et al*, 2011; COSTA *et al*, 2002). Dessa forma, confronta-se com os dados da OMS, que afirmam que as mulheres com mais de quatro gestações, são expostas a maiores danos, pois aumenta o risco de anemia, hemorragia, anomalia congênita e baixo peso ao nascer (OMS, 1998).

Pôde-se observar a correlação entre o maior risco de morte nas mulheres que se submeteram ao parto cesariano (CORREIA *et al*, 2011; LEITE *et al*, 2011); (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011). Em Recife, a cesariana foi realizada em 55,3% das mulheres que foram à óbito (CORREIA *et al*, 2011), confirmando dados de estudo semelhante que investigou a associação do tipo de parto com o risco de morte materna, apresentando igual associação (COSTA *et al*, 2002).

Uma revisão sistemática dos artigos científicos publicados possibilitou acrescentar que o risco aumentado para o óbito nas cesariana está associado ao tromboembolismo, às infecção puerperal e às complicações anestésicas (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011).

A incidência de morte materna associada à cesariana é 3,5 vezes maior do que no método natural (BRASIL, s/n). O risco de complicações aumenta após duas ou mais cesáreas, com o predomínio de sangramentos excessivos, infecções, além da possibilidade de lesões acidentais de bexiga, uretra e intestino (BRASIL, 2010).

Por esse motivo, como medida de redução da morbimortalidade materna, deve-se cada vez mais reunir esforços para diminuir os índices de cesáreas, não ultrapassando 15% do total de partos realizados, conforme recomendação da OMS (LEAL, GAMA, CUNHA, 2004).

O analfabetismo continua sendo considerado um importante problema social. Esse quadro implica, não apenas nas oportunidades de trabalho, emprego e renda, mas também, está relacionado ao comprometimento da saúde das mulheres em idade reprodutiva. Tal afirmação pode ser justificada através do estudo de (MARINHO, PAES, 2010), cuja análise identificou que as mulheres com baixa escolaridade e não brancas tiveram um risco de morrer 1,55 vezes maior do que as brancas.

O nível de escolaridade está associado ao óbito materno (MORSE *et al*, 2011; CORREIA *et al*, 2011; LAURENTI *et al*, 2004), tanto para RMM global como para causas específicas (MORSE *et al*, 2011). O risco de morte é mais elevado em mulheres com menos de quatro anos de estudo, semelhantemente a outras capitais pesquisadas no Brasil (LAURENTI *et al*, 2004).

Pesquisa realizada na África e Ásia identificou que a escolaridade é um fator protetor importante para a mortalidade materna (MORSE *et al*, 2011). Em Recife, 40,5% representou baixo nível de escolaridade, entre 4 a 7 anos de estudo regular (CORREIA *et al*, 2011).

Estudos apontam que o menor grau de escolaridade interfere na compreensão e na prática das informações repassadas pelos profissionais de saúde nas consultas de pré-natal e puerpério. Além disso, tem o agravante do reduzido conhecimento acerca dos hábitos de saúde, principalmente no que diz respeito à saúde reprodutiva (HAIDAR, OLIVEIRA, 2001).

Dessa forma, pode-se afirmar que a associação entre a baixa escolaridade e condição de vida desfavorável pode criar entraves ao acesso às informações e aos cuidados de saúde necessários ao desenvolvimento de uma gestação saudável, além de restringir o reconhecimento dos direitos de cidadania garantidos por lei (LEITE *et al*, 2011; VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011).

Em outra vertente, foi observada a associação entre a raça/cor e óbito materno, revelando as desvantagens enfrentadas por este grupo, em relação ao acesso aos serviços de saúde. Em Recife, observou-se considerável proporção de óbitos maternos em mulheres negras e pardas, com destaque nas mulheres pardas (70,3%) (CORREIA *et al*, 2011). Corroborando com o estudo anterior, uma revisão de artigos publicados nacionalmente, relacionou os coeficientes de mortalidade materna por raça/cor, demonstrando que a razão de mortalidade materna é maior entre mulheres negras (VIANA, NOVAES, CALDERON, 2011).

A principal causa de morte materna direta, a hipertensão arterial, foi mais frequente em mulheres negras (MORSE *et al*, 2011; MARINHO, PAES, 2010;). Neste

estudo, o odds ratio indica que as mulheres não brancas tiveram uma chance 3,55 vezes maior de ir a óbito por morte materna direta em comparação às brancas (MARINHO, PAES, 2010).

Essa afirmação é apoiada por pesquisa que considera que as causas de morte materna tem relação direta com a predisposição biológica das mulheres negras para doenças como a hipertensão/pré-eclâmpsia, fatores relacionados à dificuldade de acesso e pela baixa qualidade da assistência à saúde (MARTINS, 2006).

É importante ressaltar a disparidade entre o impacto da mortalidade materna como importante problema de saúde pública e a quantidade reduzida de artigos atuais sobre o tema. Foi realizada uma revisão sistemática (MORSE *et al*, 2011) que identificou o maior número de publicações científicas na Região Sudeste, destacando-se as pesquisas de cunho descritivo, com identificação das causas básicas de óbito, distanciando-se da investigação aprofundada dos fatores determinantes dos óbitos.

Em uma revisão sistemática realizada em Pernambuco, observou-se o reduzido número de publicações acerca do tema nos últimos 20 anos. Assim, pontua o autor que o desafio atual na luta pela redução da mortalidade materna não é apenas investir em serviços de saúde com condições adequadas para assistir à população, mas também, consolidar de forma complementar, os programas, portarias e pactos estaduais e federais, em todas as regiões, bem como, garantir melhoria de financiamento para fortalecimento das equipes de vigilância em saúde (XAVIER, 2010).

Ainda, constata-se que houve uma mudança na abordagem metodológica desde os anos 90, em que as fontes de dados principais eram os dados das declarações de óbito, para o avanço na identificação dos dados do SIM, SINASC e SIH-SUS, por meio de relacionamento probabilístico de registros (MORSE *et al* 2011).

Além disso, outro agravante é o nível elevado de subnotificação dos óbitos maternos, em torno de 40 a 50% (MORSE *et al* 2011; XAVIER, 2010), demonstrando a precariedade de informações para variáveis importantes como cor da pele e escolaridade (MORSE *et al*, 2011).

Essa realidade é recorrente nos países em desenvolvimento, que apresentam as taxas mais elevadas e com o agravamento da subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (COSTA *et al*, 2002; BRASIL, 2009; TOGNINI *et al*, 2011)

Em relação a RMM, observaram-se variações importantes: 39,9/100.000 NV (Jundiaí, 2005), 77/100.000 NV (Pernambuco, 2010), 65,99/100.000 NV (Recife, 2011), 85,9/100.000 NV (Ceará, 2002). Essas discrepâncias revelam as desigualdades socioeconômicas das regiões e apontam para a necessidade de monitoramento e intervenções específicas, de acordo com as realidades e estimativas locais (MORSE *et al* 2010; CORREIA *et al*, 2011; XAVIER, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como aceitável uma RMM entre 10 e 20 mortes maternas por 100.000 NV (OMS, 2005). Na América



Latina, o Chile é um exemplo de país que conseguiu uma redução acentuada (de 40/100.000 NV em 1990 para 18,7/100.000 NV) em 2000, provavelmente por readequação dos serviços de saúde voltados para a prevenção da mortalidade materna (DONOSO, 2004).

No Brasil, a razão de mortalidade materna obtida a partir de óbitos declarados representou 51,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, e a razão de mortalidade materna corrigida foi de 72,4 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.572 óbitos maternos. Os maiores valores são encontrados nas regiões Nordeste e Centro Oeste e o menor na região Sudeste (BRASIL, 2007).

Apesar da elevada RMM no Brasil, foi observado no acervo científico um declínio nos últimos 30 anos, embora com números inferiores do desejado para que seja alcançada a redução da mortalidade materna (Morse et al 2011), incluída como uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio da Organização das Nações Unidas - ONU. Dentro desta proposta, o Brasil integra o conjunto de países que se comprometeu a reduzir a mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015 (WHO, 2007).

A análise de evitabilidade dos óbitos encontrou percentuais de óbitos evitáveis sempre elevados (Morse et al 2011). Em 83,8% das mortes maternas (93 casos), foram considerados evitáveis, desde que direcionada assistência adequada ao pré-natal e medidas educativas (67 casos). Enquanto que oito casos (7,2%) dos óbitos foram considerados inevitáveis (CORREIA *et al*, 2011), revelando que, a mortalidade materna ainda pode ser reduzida.

Estudo desenvolvido pelo CEMM, em São Paulo, permitiu identificar maior precisão nas estimativas das RMM, cuja investigação foi mais intensa e detalhada, úteis para a prevenção da mortalidade materna (TOGNINI *et al*, 2011). Os CMM é uma estratégia para melhorar a qualidade da assistência à mulher, criada com o intuito de incentivar o registro adequado dos óbitos e o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica nos estados e municípios (BRASIL, 2007).

A mortalidade materna constitui-se em um indicador que reflete a qualidade dos serviços de atenção à mulher em idade fértil, além de ser extremamente sensível para avaliar o nível de pobreza de um determinado local (ELIZALD, 2004; LEAL, 2008). De acordo com o Ministério da Saúde, é reconhecida como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres e de crianças, evitável em 92% dos casos no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2009). Portanto, a realização de investigações mais detalhadas dos óbitos maternos fornecem subsídios para uma intervenção nesse importante problema de saúde.

Pesquisas sobre a mortalidade materna devem ser estimuladas principalmente em países em desenvolvimento, que apresentam índices de mortalidade altos quando comparados com países desenvolvidos (TOGNINI *et al*, 2011).

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. 3ª edição. Brasília-DF, 2007 (a).

BRASIL, Ministério da Saúde. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, 2007 (b).

CORREIA, RA; ARAÚJO, HC; FURTADO, BMA; BONFIM, C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). *Rev. bras. enferm.* vol.64 no.1 Brasília Jan./Feb. 2011.

COSTA, AAR; RIBAS, M do SS de S, AMORIM, MMR de; SANTOS, LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol.24 no.7 Rio de Janeiro Aug. 2002.

ELIZALD, EG. Análisis de la ocurrencia de la Mortalidad Materna em la Provincia de Santa Fe – Argentina, a propósito de una intervención, 2004. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004; 7(4): 435-4.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Rio de Janeiro, 2005. [citado em 2008 Set 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

LEAL, MC. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1724-1725, ago, 2008.

PEREIRA, AL, BACHION, MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2006; 27(4):491-8.

VEGA, CEP; KAHHALE, S; ZUGAIB, M. Maternal mortality due to arterial hypertension in São Paulo City (1995-1999). *Clinics*.vol.62 no.6 São Paulo 2007.

WHO, World Health Organization. *Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Geneve: WHO; 2007.

## Pluralidade de Saberes

WHO, World Health Association. *Eritrea - Factsheets of Health Statistics 2010*. s/d. Disponível em: [www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=7126&Itemid=2593](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7126&Itemid=2593). Acesso em: 23/03/2012.

WHO, World Health Association. *Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Jointly published by PMNCH, WHO and Aga Khan University, 2011.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE CORTE TRANSVERSAL

*Cristiane de Sousa Amorim  
Kéllida Moreira Alves Feitosa  
Kátia Rejane Vergueiro César  
Tâmara Raquel Ribeiro de Souza*

### **Introdução**

O aumento da perspectiva de vida, pressupõe uma elevada ocorrência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DCNT), entre elas, as neoplasias malignas estão em evidência na epidemiologia mundial, por sua ampla incidência, morbidade, mortalidade e alto custo de tratamento (SILVA, *et al.*, 2013).

O câncer de mama é considerado um importante agravo à saúde, com elevada taxa de mortalidade no mundo, sendo mais frequente na população feminina, com ocorrência em mais de um milhão de mulheres (SOARES *et al.*, 2012). Estima-se que para 2015, 231.840 mulheres serão diagnosticadas com câncer de mama e 40.290 morrerão desta doença nos Estados Unidos (SOCIEDADE AMERICANA DE CÂNCER, 2015).

Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (2015) para o ano de 2016, sobre o câncer de mama no Brasil, projeta um cenário onde mais de 57.960 mil mulheres receberam o diagnóstico por essa doença, representando o segundo tipo de câncer mais frequente em mulheres. O atlas de mortalidade do INCA mostra que o Brasil, no ano de 2013, houve cerca de 14.207 óbitos de mulheres por câncer de mama, e em Pernambuco, entre os anos de 2010 e 2012 foram 1.734 óbitos (INCA, 2014).

O câncer, em geral, incluindo o tumor maligno de mama, é consequência da proliferação descontrolada de células anormais. Pode ser provocado por disfunções genéticas que alteram o crescimento celular ou a morte celular programada, podendo ser hereditário ou desenvolvido através da exposição à fatores ambientais (BRASIL, 2013).

Há diversos fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer de mama, entre eles, destacam-se: mulheres que possuem idade avançada; histórico familiar de câncer; menarca precoce (antes dos 12 anos de idade); menopausa tardia (após os 50 anos de idade); nuliparidade; primeira gestação tardia (após 30 anos de idade); terapia de reposição hormonal pós-menopausa; e obesidade (BRASIL, 2013).

O câncer de mama manifesta-se, principalmente, entre 40 e 60 anos de idade, sendo raro o seu desenvolvimento em mulheres com menos de 35 anos. As principais manifestações clínicas da doença são: nódulo da mama ou axila, dor na

mama, endurecimento de alguma área da mama, aparecimento de abaulamentos ou retrações na pele que reveste a mama deixando-a com aparência de “casca de laranja” (SILVA; RIUL, 2011).

É necessário que todas as mulheres a partir dos 40 anos realizem o rastreamento anual através do exame clínico da mama; a mamografia entre os 50 e 69 anos com intervalo máximo de dois anos; e a combinação desses dois exames anualmente para o grupo de mulheres a partir dos 35 anos que apresentam risco elevado de câncer de mama, como por exemplo, mulheres que tenham avó e mãe, ou tias que tenham sido diagnosticadas por essa doença (BRASIL, 2012).

O diagnóstico na fase inicial do tumor maligno de mama apresenta um percentual maior de sobrevivência, tendo a possibilidade de 100% de cura se tratado precocemente, ou seja, no estágio *in situ* (fase inicial). Dessa forma, a realização de programas de rastreamento do câncer, favorece a detecção e diagnóstico na fase inicial da doença, contribuindo para um bom prognóstico e tratamento curativo, além de maiores taxas de sobrevivência (ROSA; RADUNZ, 2012).

Tanto nos países desenvolvidos quanto nos países que estão em desenvolvimento, o tumor maligno de mama está com a taxa elevada. E o aumento de expectativa de vida, da urbanização e a adoção de estilos de vida nos países em desenvolvimento refletem no crescente número de casos de câncer de mama (OMS, 2015).

Foram estimadas aproximadamente 520.000 mortes de mulheres por câncer de mama no ano de 2012 representando a maior causa de morte por esta neoplasia a nível mundial. Nos países desenvolvidos é a segunda maior causa de morte por câncer, perdendo apenas para o câncer de pulmão, e nos países em desenvolvimento é considerado a maior causa de morte (MARQUES, *et al.*, 2015). Segundo a Sociedade Americana de Câncer (2014) estima-se que para 2015, 231.840 mulheres serão diagnosticadas com câncer de mama e 40.290 morrerão desta doença, nos Estados Unidos.

Estima-se que no Brasil, em 2014, houve cerca de 57.120 casos novos do câncer de mama, com risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. O Sistema de Informação de Mortalidade informou que aconteceram 13.345 mortes por câncer de mama, no Brasil, e desses números, 120 eram homens (MARQUES *et al.*, 2015).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2015) o câncer de mama encontra-se em evidência em todas as regiões do Brasil, sendo precedido apenas pelos tumores de pele não melanoma. Porém, na região norte o câncer de colo de útero apresenta um maior índice.

No Brasil, nos anos de 2012 e 2013, estimou-se 52.680 novos casos de câncer de mama, com uma taxa de aproximadamente 47 casos para cada 100 mil mulheres apenas no estado de Pernambuco (BRASIL, 2014). De acordo com o Atlas de Mortalidade do Brasil foram registrados no ano de 2010, uma média de 13 óbitos

por 100 mil mulheres, ou seja, Pernambuco ultrapassou no mesmo ano a taxa de ocorrência no Brasil que foi de 10,19 para cada 100mil e no mundo que foi de 12 para cada 100 mil mulheres.

É de fundamental importância o investimento financeiro e ações nas áreas de promoção à saúde, proteção específica e o diagnóstico na fase inicial da doença, pois interferem diretamente no controle do câncer. Todas essas ações têm como alicerce a educação e o acesso a informação. É importante ressaltar para o controle dos tumores malignos, que em torno de 80% das doenças estão correlacionadas a fatores ambientais, podendo ser evitáveis em um determinado grau. A ingestão de determinados alimentos, medicamentos, tabaco, bebida alcoólica, como também, o uso de utensílios domésticos, bem como, os hábitos de vida, o trabalho/atividade ocupacional, além da herança genética, que pré-dispõe ao surgimento de tumores, benignos ou não (SILVA, *et al.*, 2011).

Está descrito no documento de consenso que a ultrassonografia é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Mas, naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição e é utilizado para o rastreamento em massa do câncer de mama. Para fechamento do diagnóstico, além da mamografia, deve ser solicitado a ultrassonografia, principalmente quando existirem as seguintes situações: 1- nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia; 2- nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto; 3- densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário (BRASIL, 2012).

Um dos grandes problemas de saúde existentes nos países menos desenvolvidos é a falta de programas de detecção precoce para o câncer de mama, bem como, o número insuficiente de serviços de diagnóstico e tratamento desse mal. Estes comparados aos países desenvolvidos, mostram maiores taxas de mortalidade por câncer de mama, ficando evidente que as ações de controle são menos efetivas. A pobreza, baixo orçamento para a saúde e especificamente para o controle do câncer, agravado pelo número limitado de profissionais capacitados e de serviços especializados são barreiras que dificultam a organização de programas e ações de controle do câncer nos países em desenvolvimento (INCTR, 2012).

Segundo a Sociedade Americana de Câncer (2015) o sistema de estadiamento da doença é uma maneira padronizada para que a equipe de cuidado do câncer possa fornecer informações sobre quão longe o câncer se espalhou pelo organismo (havendo presença ou ausência de metástase). O sistema de classificação dos tumores malignos (TNM), da *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, é utilizado para estabelecer o grau da evolução da doença (estadiamento), levando em consideração o tamanho do tumor (T), o comprometimento ganglionar (N) e a ocorrência de metástases (M) (INCA, 2010).

Apesar das estratégias de prevenção primária reduzirem o risco de desenvolver o câncer de mama, ela não poderá eliminar os casos de câncer de mama

nos países em desenvolvimento, em que muitas vezes, é diagnosticado em estágio avançado. Portanto, a detecção precoce do câncer de mama permanece como a principal estratégia para melhorar a sobrevivência e diminuir a mortalidade da doença (OMS, 2015).

Dessa forma, o presente estudo justifica-se pela necessidade em conhecer o perfil das mulheres tratadas em um hospital público de Pernambuco, especializado em tratamento para o câncer de mama, a fim de contribuir para o planejamento de ações que viabilizem mudanças necessárias às melhorias na assistência à saúde da mulher.

### **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários, contidos nos prontuários do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE).

O presente estudo foi realizado no setor de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do HC/UFPE. Este setor é vinculado ao ambulatório de oncologia, onde são tratados os pacientes com diagnóstico de câncer.

O hospital possui atividades de ensino e pesquisa, direcionando esforços na prevenção, diagnóstico e tratamento dos indivíduos portadores de câncer. Desde 1988 oferece o serviço de quimioterapia, com a ampliação gradativa do número de leitos. Atualmente, contém 18 leitos no ambulatório e conta com uma equipe multiprofissional, que inclui médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, psicólogas e nutricionistas. Mensalmente, cerca de 300 pacientes são atendidos. Os tipos de cânceres mais frequentes são: mama, próstata, trato gastrointestinal e pulmão. Em 2015, foi aberta a enfermaria no 11º andar norte, onde ficam os pacientes que precisam de internamento.

O universo caracterizado para efeito desta investigação compreendeu todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, atendidas no serviço de oncologia do Hospital das Clínicas da UFPE, no período de 2010 a 2013. A amostra foi composta por 201 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão foram: Sexo feminino, diagnóstico de câncer de mama, realização de tratamento no local do estudo. Os dados incompletos que impossibilitassem a análise dos dados foram excluídos do estudo.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio do Recife foi iniciada a fase de coleta de dados, entre os meses de outubro e novembro de 2015.

Inicialmente foram selecionadas todas as *Fichas de Registro de Tumor*, correspondentes aos casos de câncer de mama diagnosticados entre os anos de 2010 a 2013. Em seguida, foram preenchidos os *Formulários para Coleta de Dados*, previa-

mente elaborados pelos autores, contemplando todas as informações relevantes para o desenvolvimento do estudo.

Após coletados e registrados os dados, foram armazenados, organizados e tabulados em uma planilha eletrônica de dados *Microsoft Excel* 2010. Em seguida, foi realizado o tratamento dos dados e testes estatísticos.

Os cálculos percentuais relativos a cada item do instrumento de coleta de dados foram apresentados em forma de tabelas.

O estudo atendeu às determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Sendo iniciado somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Estácio do Recife sob o protocolo nº 1.326.660. A confidencialidade dos dados coletados foi assegurada e nenhum sujeito da pesquisa foi identificado.

Em atendimento às exigências deste Comitê, foi solicitada a *Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, uma vez que a referida pesquisa foi realizada com base nos registros de banco de dados, o que inviabilizou a localização dos pacientes e assim, obtenção dos referidos termos.

Ressalta-se que os pesquisadores não têm conflitos de interesse em relação ao presente projeto de pesquisa.

### **Resultados**

No período do estudo obteve-se uma amostra de 201 mulheres com câncer de mama atendidas no setor de Oncologia do Hospital das Clínicas da UFPE. Foi identificado que em 27,3% (n=55) das mulheres tinham idades entre 40 e 49 anos, com idade mínima de 30 anos e máxima de 95 anos. Com relação a raça, houve domínio da cor parda em 45,8% (n=92), representando quase metade da amostra. No que diz respeito a escolaridade, 34,8% (n=70) tinham o ensino fundamental incompleto/completo. A maioria residia na Capital de Pernambuco e Região Metropolitana do Recife, totalizando 63,7% (n=128). Quanto a ocupação, 54,2% (n=109) estão inseridas no mercado de trabalho, sendo 35,2% (n=71) casadas. O histórico familiar de câncer esteve presente em 31,3% (n=63) dos casos, no entanto, a análise foi prejudicada por falta de informação da maioria dos casos 49,2% (n=99). No que se refere ao alcoolismo 45,3% (n=91) das mulheres nunca consumiram álcool (*Tabela 1*).



**Tabela 1.** Características sociodemográficas das mulheres com câncer mama de um hospital público de Pernambuco, 2010 a 2013.

VARIÁVEIS	n	%
<b>Idade</b>		
<b>30-39 anos</b>	28	14%
<b>40-49 anos</b>	55	27,3%
<b>50-59 anos</b>	41	20,4%
<b>60-69</b>	42	21%
<b>70-79</b>	29	14,4%
<b>+80</b>	6	2,9%
<b>Total</b>	201	100%
<b>Raça</b>		
<b>Branca</b>	64	31,9%
<b>Preta</b>	9	4,4%
<b>Parda</b>	92	45,8%
<b>Indígena</b>	1	0,5%
<b>Sem Informação</b>	35	17,4%
<b>Total</b>	201	100%
<b>Escolaridade</b>		
<b>Nenhuma</b>	18	9%
<b>Fundamental Incompleto/ Completo</b>	70	34,8%
<b>Nível Médio</b>	36	17,9%
<b>Nível Superior Incompleto</b>	4	2%
<b>Nível Superior Completo</b>	21	10,4%
<b>Sem Informação</b>	52	25,9%
<b>Total</b>	201	100%
<b>Procedência</b>		
<b>Recife/RMR</b>	128	63,7%
<b>Zona da Mata Norte</b>	19	9,3%
<b>Zona da Mata Sul</b>	26	13%
<b>Agreste</b>	18	9%
<b>Outros</b>	10	5%
<b>Total</b>	201	100%
<b>Ocupação</b>		
<b>Sim (Inserida no mercado de trabalho)</b>		54,2%

## Pluralidade de Saberes

	109	
<b>Não (Do Lar/ Aposentado)</b>	44	21,9%
<b>Sem Informação</b>	48	23,9%
<b>Total</b>	201	100%
Estado Conjugal		
<b>Solteira</b>	44	21,8%
<b>Casada</b>	71	35,2%
<b>Viúva</b>	28	14%
<b>Outros</b>	18	9%
<b>Sem Informação</b>	40	20%
<b>Total</b>	201	100%
Histórico Familiar de Câncer		
<b>Sim</b>	63	31,3%
<b>Não</b>	39	19,4%
<b>Sem Informação</b>	99	49,2%
<b>Total</b>	201	100%
Histórico de Etilismo		
<b>Sim</b>	24	11,9%
<b>Nunca</b>	91	45,3%
<b>Ex-consumidora</b>	8	4%
<b>Sem Informação</b>	78	38,8%
<b>Total</b>	201	100%

Fonte: Pesquisa realizada através de dados secundários do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

De acordo com o perfil clínico foi identificado que 42,8% (n=86) das mulheres chegaram ao hospital sem diagnóstico e tratamento do câncer de mama, sendo o carcinoma ductal infiltrante o tipo histológico predominante, representado por 72,7% (n=146) dos casos. Quanto a variável de estadiamento clínico, a falta de informação na maioria dos casos 64,2% (n=129) prejudicou a análise, contudo, foi possível identificar, entre os registrados, que 23,4% (n=47) das mulheres obteve o estadiamento clínico tardio do câncer. Em 83% (n=167) das mulheres não apresentaram metástase à distância (*Tabela 2*).

**Tabela 2.** Características clínicas das mulheres com câncer mama acompanhadas em um Hospital Público de Pernambuco, 2010 a 2013.

VARIÁVEIS	n	%
Diagnóstico e tratamento anteriores		
<b>Sem diagnóstico/ Sem tratamento</b>	86	42,8%
<b>Com diagnóstico/ Sem tratamento</b>	41	20,3%
<b>Com diagnóstico/Com tratamento</b>	74	36,9%
<b>Total</b>	201	100%
Tipo Histológico do Tumor Primário		
<b>Carcinoma Ductal Infiltrante, SOE*</b>	146	72,7%
<b>Carcinoma Intraductal Não Infiltrante</b>	13	6,5%
<b>Carcinoma Lobular, SOE*</b>	11	5,4%
<b>Carcinoma, SOE*</b>	7	3,4%
<b>Carcinoma Ductal Infiltrante e Lobular</b>	6	3%
<b>Outros</b>	18	9%
<b>Total</b>	201	100%
Estadiamento Clínico do Tumor		
<b>Estadiamento inicial</b>	25	12,4%
<b>Estadiamento avançado</b>	47	23,4%
<b>Sem Informação</b>	129	64,2%
<b>Total</b>	201	100%
Metástase a Distância		
<b>Sim</b>	34	17%
<b>Não</b>	167	83%
<b>Total</b>	201	100%

Fonte: Pesquisa realizada através de dados secundários do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

\*SOE: Sem outras especificações.

Em relação as mulheres que chegaram ao hospital sem diagnóstico e tratamento do câncer de mama, o tempo entre a 1º consulta e 1º diagnóstico foi menor que dois meses, em 75,6% (n=65). E destas pacientes, 62,8% (n= 54), realizaram em até 2 meses o primeiro tratamento. Quanto ao tratamento antineoplásico, 73,7% (n=148) foi realizado no Hospital das Clínicas, e houve dois óbitos, ou seja, duas mulheres faleceram antes de iniciar o tratamento. No que se refere ao primeiro tratamento recebido no hospital, 35,3% (n=71), realizaram cirurgia associada a outros tratamentos, com a associação terapêutica da quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Em relação ao estado da doença ao

final do primeiro tratamento no hospital, 23,4% (n=47), obteve remissão parcial, e houve um óbito de uma paciente antes de finalizar o tratamento. E durante os anos de 2010 a 2013, ocorreram 26 óbitos, sendo 88,5% (n=23) por câncer e 11,5% (n=3) por outras doenças (*Tabela 3*).

**Tabela 3.** Descrição do acompanhamento terapêutico das mulheres com câncer mama realizado em um Hospital Público de Pernambuco, 2010 a 2013.

VARIÁVEIS	n	%
Tempo entre 1º atendimento e primeiro diagnóstico (sem diag./ sem trat.)		
<b>≤Dois meses</b>	65	75,6%
<b>&gt;Dois meses</b>	21	24,4%
<b>Total</b>	86	100%
Tempo entre 1º diagnóstico e início do tratamento (sem diag./ sem trat.)		
<b>≤ Dois meses</b>	54	62,8%
<b>&gt; Dois meses</b>	32	37,20%
<b>Total</b>	86	86%
Realização do tratamento		
<b>No Hospital das Clínicas</b>	148	73,7%
<b>Em outros serviços</b>	39	19,4%
<b>Doença avançada ou falta de condições clínicas</b>	7	3,5%
<b>Óbito</b>	2	1%
<b>Outras razões</b>	2	1%
<b>Sem Informação</b>	3	1,4%
<b>Total</b>	201	100%
1º Trat. Recebido no Hospital		
<b>Cirurgia e Outros Tratamentos</b>	71	35,3%
<b>Quimioterapia e Outros Tratamentos</b>	57	28,3%
<b>Hormonioterapia</b>	54	26,9%
<b>Radioterapia e Quimioterapia</b>	3	1,5%
<b>Nenhum</b>	16	8%
<b>Total</b>	201	100%
Estado da Doença ao Final do 1º trat.		
<b>Sem Evidência de Doença</b>	32	15,9%
<b>Remissão Parcial</b>	47	23,4
<b>Doença Estável</b>	13	6,5%
<b>Doença em Progressão</b>	8	4%
<b>Suporte Terapêutico Oncológico</b>	1	0,5%

<b>Óbito</b>	1	0,5%
<b>Sem Informação</b>	99	49,2
<b>Total</b>	201	100%
<b>Óbito</b>		
<b>Por câncer</b>	23	88,5%
<b>Outras causas</b>	3	11,5%
<b>Total</b>	26	100%

Fonte: Pesquisa realizada através de dados secundários do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

## Discussão

No presente estudo, o maior número de casos de mulheres com câncer de mama foi na faixa etária entre 40 e 49 anos em 27,3% (n=55). Vale ressaltar que em 47,8% (n=96) quase metade da amostra apresentou idades entre 40 a 59 anos. Há um consenso na comunidade científica que considera a idade como o fator de risco mais relevante para o desenvolvimento do câncer de mama. Esse risco é maior com o processo de envelhecimento devido às alterações biológicas, além das exposições a fatores ambientais ao longo da vida. As maiores taxas de incidência estão em mulheres mais velhas, onde cerca de 70 a 80% dos tumores são diagnosticados a partir dos 50 anos de idade (INCA, 2015; CANCER RESEARCH UK, 2015).

Nesse sentido, os dados do presente estudo corroboram com a preconização da Sociedade Brasileira de Mastologia (2013) que orienta a realização da mamografia anualmente partir dos 40 anos, representado pela predominância do câncer nessa faixa etária (40-49 anos). No entanto, o Ministério da Saúde determina a sua realização entre os 50 e 69 anos com intervalo de dois anos (BRASIL, 2013).

Em relação a escolaridade, 34,8% (n=70) tinham até o ensino fundamental (incompleto/completo). Esse dado ainda está melhor do que o identificado por Silva e Riu (2011), onde 66,6% das pacientes com câncer de mama tinham o ensino fundamental incompleto. Os estudos apontam que a principal causa de mortalidade por câncer de mama resulta do diagnóstico tardio e de uma terapêutica inadequada, somado ao baixo grau de escolaridade das pacientes, que prejudica o conhecimento sobre medidas de prevenção, bem como, o acesso aos serviços especializados e públicos de saúde (SILVA, *et al.*, 2013).

O aumento da expectativa de vida, da urbanização e a adoção de estilos de vida em países em desenvolvimento refletem no crescente número de casos de câncer de mama (OMS, 2015). De acordo com os resultados obtidos, 63,7% (n=128) das mulheres com câncer de mama, residiam na capital de Pernambuco e região metropolitana do Recife. Este fato pode ser justificado pelo desgaste emocional e pelo ritmo acelerado, com o conseqüente aumento do nível de estresse da população de vive nos centros urbanos. Além disso, pode estar relacionada à falta de atividades

físicas e o hábito alimentar desfavorável, sendo considerado um fator de elevado risco para a ocorrência do câncer de mama (LIMA *et al.*, 2011).

No presente estudo, a variável da raça/ cor da pele apresentou um elevado percentual de 45,8% (n=92) na cor parda e apenas 4,4% (n= 9) na cor preta. Porém, em outro estudo realizado por Silva *et al.*, (2013) obteve-se aumento do risco em 2,5 vezes para mulheres pretas, seguido de 1,5 vezes para mulheres de cor parda. No entanto, estas variáveis não apresentaram significância estatística como fator de risco para o diagnóstico tardio do câncer de mama.

Quanto ao histórico familiar de câncer 31,3% (n= 63) afirmaram ter algum caso de câncer na família. Esses dados foram semelhantes ao de Renck *et al.*, (2014) em que na sua amostra 22% das mulheres relataram ter algum familiar com câncer de mama. O risco de desenvolver o câncer de mama aumenta quando há história familiar da doença, em parentes de 1º grau, especialmente, antes dos 50 anos, história de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em parente de primeiro grau, em qualquer idade ou algum histórico de câncer de mama masculino, que representa apenas 1% de todos os casos (BRASIL, 2015).

Em relação ao estado conjugal 35,2% (n=71) são casadas e 21,8% (n= 44) são solteiras. Segundo Medeiros *et al*, (2015) as mulheres casadas encontram-se mais disponíveis aos serviços preventivos de saúde e realizam com mais frequência os exames, além de terem um companheiro para poder discutir sobre algum sinal e sintoma, favorecendo a procura da unidade de saúde, e consequentemente, aumentando a chance de um diagnóstico precoce. Porém, as solteiras, estão assoberbadas de responsabilidades, dividindo seu tempo, na maioria das vezes, entre chefe de família e gestora dos recursos financeiros.

No que diz respeito a ocupação, a maioria das pacientes, 54,2% (n=109) estão inseridas no mercado de trabalho. Esses dados diferem da pesquisa de Gonçalves *et al.*,2010, em que nos resultados da sua amostra, as mulheres com câncer de mama, apresentavam uma reduzida inserção no mercado de trabalho.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), o consumo de álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de vários tipos de câncer, incluindo o câncer de mama. Na pesquisa realizada por Penha *et al.*, (2013) 50% das mulheres afirmaram ser etilistas. Porém, nesta pesquisa foi constatado que quase metade das mulheres nunca consumiram álcool, representando 45,3% (n=91) da amostra.

De acordo com o perfil clínico foi identificado que 42,8% (n=86) destas mulheres chegaram ao hospital sem diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Em relação a estas, o tempo entre a 1º consulta e 1º diagnóstico foi menor que dois meses. Vale ressaltar, que 62,8% (n=54) das pacientes que chegaram ao hospital sem diagnóstico e tratamento do câncer de mama, realizaram em até 2 meses o primeiro tratamento, estando de acordo com a Portaria nº 876 de 2013, que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732 de 2012, na qual deve-se iniciar em até 60 dias o tratamento dos pacientes com diagnóstico de neoplasia maligna (BRASIL, 2013).

O presente estudo identificou que 72,7% (n=146) das pacientes são portadoras de carcinoma ductal infiltrante. Esses dados corroboram com a pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (2015) que mencionou esse tipo histológico como o mais prevalente na população feminina, onde representa cerca de 80 a 90%. Geralmente, nesse tipo histológico há um grande comprometimento linfático e um pior prognóstico comparado a outros tipos de carcinomas invasivos da mama. Os diversos tipos histológicos determinam os diferentes comportamentos biológicos e os graus de agressividade tumoral (BUITRAGO; UEMURA; SENA, 2011).

Observa-se na variável de estadiamento clínico, dentre os registrados, 23,4% (n=47), obteve o estadiamento clínico avançado. Esta classificação foi baseada no estudo realizado por Pinheiro *et al.*, (2013), que considerou o estadiamento clínico inicial (0, 1 e IIA) e estadiamento clínico avançado (IIB, IIIA, IIIB, IIIC, IV). Este último foi predominante em 62,8% das pacientes da sua amostra. Alguns estudos adotaram o critério de estadiamento clínico inicial 0, 1, 3 e avançado apenas III e IV. O estadiamento clínico avançado do câncer de mama está relacionado a uma pior sobrevida (HOFELMANN; ANJOS; AYALA 2014).

Em 83% (n=167) das pacientes não apresentaram metástase a distância e 17% (n= 34) tinham metástases. Esses dados foram semelhantes ao de Soares *et al.*, (2013), em que não havia presença de metástase a distância em 92,7%. A principal característica do câncer é a capacidade de disseminação e produção de outros tumores em outros órgãos, ou seja, aquele órgão comprometido, a partir de um tumor existente, é chamado de metástase (BRASIL, 2012).

Em relação ao tratamento antineoplásico, 19,4% (39) foi realizado fora do hospital e 73,7% (n=148) foi realizado no Hospital das Clínicas que é uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), sendo um dos locais de referência para atendimento de pacientes com câncer de Pernambuco. Conforme prevê a Política Nacional de Atenção Oncológica, o tratamento de câncer de mama é realizado através das Unacon e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – Cacon (INCA, 2015).

Quanto ao primeiro tratamento recebido no hospital, 35,3% (n=71), realizaram cirurgia associada a outros tratamentos e 28,3% (n=57) a quimioterapia associada a outros tratamentos. A cirurgia é recomendada para os pacientes que apresentam tumores em estágios iniciais, que pode ser conservadora (retirada apenas do tumor) ou mastectomia (retirada da mama). Em uma pesquisa realizada por Oliveira *et al.*, (2011), a maioria das pacientes foram tratadas primeiramente por quimioterapia. Este tipo de tratamento, na maioria das vezes, é indicado como modalidade terapêutica inicial, para os pacientes com tumores maiores, no estágio 3 (INCA, 2015).

No que se refere ao estado da doença ao final do primeiro tratamento no hospital, 23,4% (n=47), obtiveram remissão parcial. Em uma pesquisa realizada por Pinheiro *et al.*, (2013), 44, 4% da sua amostra, a maioria das pacientes não possuíam

evidência da doença, no final do primeiro ciclo de tratamento ou apresentava doença estável em 33% dos casos.

Nesta pesquisa, observou-se que durante os anos de 2010 a 2013, ocorreram 26 óbitos, sendo 88,5% (n=23) por câncer e 11,5% (n=3) por outras doenças. Em outro estudo realizado por Hofelmann (2014), na cidade de Joinville (Santa Catarina), foram identificados 12,4% (n=21) óbitos no período de 2001 a 2011. Dessa forma, fica evidente que a taxa de mortalidade por câncer de mama continua a crescer, pois o estado de Pernambuco conseguiu em apenas três anos ultrapassar a taxa de óbitos de dez anos da cidade de Joinville, Santa Catarina.

### **Conclusão**

O presente estudo identificou um elevado número de mulheres com câncer de mama atendidas no período de 2010 a 2013, o que possibilitou concluir que a maioria das mulheres se encontravam na faixa etária de 40 a 49 anos, da raça parda, com baixo grau de escolaridade, procedentes de Recife e Região Metropolitana do Recife, inseridas no mercado de trabalho, casadas e com histórico familiar de câncer.

Em se tratando do perfil clínico, a maioria das mulheres chegaram ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento, o tipo histológico do tumor primário como carcinoma ductal infiltrante, estadiamento clínico avançado, sem metástase a distância, o primeiro tratamento antineoplásico foi a cirurgia e o final do primeiro tratamento com remissão parcial da doença.

Diante dos resultados encontrados, foi evidenciada a necessidade em investir esforços em ações educativas e na prevenção secundária dos tumores malignos, de modo, a ampliar o acesso ao rastreamento para a promoção e prevenção da ocorrência de câncer de mama na população feminina, a fim de garantir, dessa forma, a detecção precoce e a condição terapêutica em tempo oportuno.

### **Referências**

AMERICAN CANCER SOCIETY. What are the key statistics about breast câncer. 2015. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics>>. Acesso em: 25 de mar. 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. How is breast câncer staged. 2015. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-staging>>. Acesso em: 15 maio. 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Oldest descriptions of cancer. 2014. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/thehistoryofcancer/the-history-of-cancer-what-is-cancer>>. Acesso em: 15 maio. 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. INCA, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc\\_do\\_cancer\\_2ed.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf)>. Acesso em: 11 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A mulher e o câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/8d3a6880469eff8b851bed5120665fa8/Cat%C3%A1logo+Expo+Mama+final+dez+2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8d3a6880469eff8b851bed5120665fa8>>. Acesso em: 11 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Brasília. DF; 2013. Disponível em:<[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control\\_canceres\\_colo\\_uter\\_2013.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_2013.pdf)>. Acesso em: 10 maio. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle de câncer de mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>>. Acesso em: 12 de março 2015.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 15 maio. 2015.

BUITRAGO, F; UEMURA, G; SENA, MCF. Fatores prognósticos em câncer de mama. Com. Ciências Saúde -22 Sup1:S69-S82, 2011 Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/bvsm.saude.gov.br-bvs-artigos-fatores\\_prognosticos.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/bvsm.saude.gov.br-bvs-artigos-fatores_prognosticos.pdf)> Acesso em: 24 nov. 2015.

CANCER RESEARCH UK. Breast cancer: UK incidenc estatistics. 2015. Disponível em: <<http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/breast-cancer/incidence-invasive#heading-One>>. Acesso em: 15 de nov. 2015.

GONÇALVES, LLC.; *et. al.* Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):468-72. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/www.facenf.uerj.br-v18n3-v18n3a23.pdf>>

Acesso em: 22 de nov. 2015.

HOFELMANN, DA.; ANJOS, JC.; AYALA, AL., Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Ciência e saúde coletiva* vol.19 n.6 Rio de Janeiro, Jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601813#B23](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601813#B23)>. Acesso em: 25 de Nov. 2015.

Instituto Nacional De Câncer. Atlas da Mortalidade. 2014. Disponível em:<<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 11 de março 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do Mama: conceito e magnitude. 2015. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude)>. Acesso em: 15 de nov. 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Controle do Mama: Tratamento. 2015. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/pograma\\_controle\\_cancer\\_mama/tratamento](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/pograma_controle_cancer_mama/tratamento)>. Acesso em: 15 de nov. 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Mama: Fatores de risco. 2015. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores\\_de\\_risco\\_1](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1)>. Acesso em: 15 de nov. 2015.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Comunicação e informação. Agência de notícias. Presidente Dilma lança ações de fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. 2011. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente\\_dilma\\_lanca\\_plano\\_acao\\_para\\_fortalecer\\_programa\\_nacional\\_de\\_controle\\_do\\_cancer\\_do\\_colo\\_uterio\\_e\\_de\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente_dilma_lanca_plano_acao_para_fortalecer_programa_nacional_de_controle_do_cancer_do_colo_uterio_e_de_mama) Acesso em: 10 de maio 2015.

Instituto Nacional de Câncer. Registros Hospitalares de Câncer, 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 489 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tipos de câncer: Mama. 2015. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 25 de nov 2015.

INTERNATIONAL NETWORK FOR CANCER TREATMENT AND RESEARCH (INCTR). Cancer in Developing Countries. Cancer: a neglected health problem in developing countries. Disponível em: <<http://www.inctr.org/about-inctr/cancer-in-developing-countries/>>. Acesso em: 10 abr. 2015

LIMA, ALP.; *et. al.* Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. Cad. Saúde Pública. vol.27, no. 7 Rio de Janeiro. Jul. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018)>. Acesso em: 22 de nov. 2015.

MARQUES, *et. al.* Oncologia: Uma abordagem multidisciplinar, Recife: Carpe Diem, 2015. 29 - 822 p.

MEDEIROS, GC.; *et. al.* Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Cad. Saúde Pública. vol.31 n.6 Rio de Janeiro. Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000601269](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601269)>. Acesso em: 25 de Nov. 2015.

MICHEL, M. H. Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: Atlas, 2005.

NEWS MEDICAL. History of Breast Cancer. 2013. Disponível em: <<http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer.aspx>>. Acesso em: 13 maio. 2015.

PENHA, NS.; *et. al.* Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2013; 34(4):579-584 ISSN 1808-4532 Disponível em: <[http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/2708/1498](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2708/1498)> Acesso em: 20 nov. 2015.

PINHEIRO, AB.; *et. al.* Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. Revista Brasileira de Cancerologia; 59(3): 351-359, 2013. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf)> Acesso em 28 set. 2015.

PORTO, MAT.; TEIXEIRA, LA.; SILVA RCF. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. 2013. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf)>. Acesso em: 13 maio. 2015.

RENCK, DV.; *et. al.* Equidade no acesso ao rastreamento mamográfico do câncer de mama com intervenção de mamógrafo móvel no sul do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. vol.30 n.1 Rio de Janeiro, Jan. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Cadernos%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%20Equity%20in%20access%20to%20breast%20cancer%20screening%20in%20a%20mobile%20mammography%20program%20in%20southern%20Rio%20Grande%20do%20Sul%20State.%20Brazil.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2015.

ROSA, L. M; RADÜNZ, V. Taxa de sobrevivência na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. Texto contexto. Enf.vol.21 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2012 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000400031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000400031&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 de março 2015.

SILVA, A.R.S.; *et. al.* Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. Revista Rene, Fortaleza, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/319/pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

SILVA, P. A; RIUL, S.R. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Revista Brasileira de Enfermagem. vol.64 no.6 Brasília. Nov./Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005)>. Acesso em: 12 de março 2015.

SILVA, PF; *et. al.* Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito. Revista brasileira de cancerologia, maio, 2013. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/06-artigo-associacao-entre-variaveis-sociodemograficas-estadiamento-clinico-avancado-neoplasias-mama-hospital-referencia-estado-espirito-santo.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/06-artigo-associacao-entre-variaveis-sociodemograficas-estadiamento-clinico-avancado-neoplasias-mama-hospital-referencia-estado-espirito-santo.pdf)>. Acesso em: 11 de março 2015.

SOARES, PBM; *et. al.* Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referências do Norte de Minas Gerais. Rev. bras. epidemiol. vol.15 no.3 São Paulo Set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300013)>. Acesso em: 20 nov. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Eu amo meus peitos. 2013. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/sbm-em-acao/acao-sbm/eu-amo-meus-peitos>>. Acesso em: 20 nov. 2015>. Acesso em: 23 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Breast cancer: prevention and control. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>>. Acesso em: 13 maio. 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer prevention. 2015. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

(RE) CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL:  
COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O  
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

*Kéllida Moreira Alves Feitosa*

*Tâmara Silva*

*Maria de Fátima de Araújo Silveira*

*Hudson Pires de Oliveira Santos Junior*

### **Introdução**

A trajetória histórica do cuidado aos portadores de transtornos psíquicos é marcada por lutas sociais que envolvem mobilizações e rupturas pela busca e pelo resgate da cidadania do sujeito com sofrimento psíquico. Nessa ótica, o modelo de assistência à saúde mental vem sofrendo transformações significativas desde a Segunda Guerra Mundial, devido às denúncias de membros da sociedade aos modelos de exclusão (BRASIL, 2005).

Até então, os manicômios eram marcados pela barreira entre os internos e a relação social, por meio da interdição de relacionamentos pessoais satisfatórios, falta de assistência humana básica e excessiva medicalização. Os recursos terapêuticos utilizados tinham mais a função de punir do que tratar e, muitas vezes, tentavam mascarar os danos sociais, por meio do uso de medicamentos sedativos, mantendo o doente na sua posição de passividade (MORAES, 2008).

Por questões como essas, surgiram, em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, movimentos que culminaram com a reforma psiquiátrica, cujo principal objetivo é evitar que o sofredor psíquico seja privado de seus laços afetivos e sociais por causa da internação psiquiátrica, de modo que promova uma assistência humanizada, com respeito aos direitos humanos.

No Brasil, ganhou destaque, no final da década de 1970, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da saúde e apoiado por associações de familiares, sindicalistas e outros, pois contribuiu significativamente para construir uma crítica coletiva ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Assim, influenciou na formulação da Lei Federal no 10.216, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno psíquico e a desativação das instituições de modelo asilar (BRASIL, 2005).

Esse processo vai além da ideia de derrubar muros e grades, ele passa por uma mudança na antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação dos indivíduos em sofrimento psíquico. Dessa forma, o objeto da atenção psiquiátrica deixa de ser a doença e volta-se para o sujeito inserido no contexto social, em que a

proposta da assistência terapêutica é focalizada no indivíduo em toda sua complexidade (AMARANTE, 1998).

Todavia, a cultura da necessidade da internação psiquiátrica traz entraves de âmbito social, familiar e assistencial que interferem no alcance à inserção de sujeitos com transtornos mentais graves na comunidade. Um dos pontos de enraizamento dessa cultura se encontra na formação acadêmica ainda pautada, na maioria das vezes, no modelo hospitalocêntrico, bem como na ausência ou insuficiência da educação permanente em saúde dos profissionais (MIRANDA, 1999). Muitos desses profissionais experienciaram, durante a formação, modos tradicionais de cuidar no hospital psiquiátrico, como a contenção mecânica e o uso abusivo de medicações, porém, no contexto atual, deparam com práticas inovadoras de atenção nos modelos psicossociais de atenção à saúde mental, alicerçados nos princípios da reforma psiquiátrica (MONTEIRO, 2006).

Logo, considerando que a reforma psiquiátrica é um processo em construção que propõe mudanças ideológicas e assistenciais do modelo hospitalocêntrico para o psicossocial, este estudo objetivou compreender quais as concepções dos profissionais acerca do processo de desinstitucionalização ante a reforma psiquiátrica brasileira.

### **Método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com caráter exploratório e analítico, realizada na rede de saúde mental substitutiva localizada no município de Campina Grande (população de cerca de 370 mil habitantes) – no interior do Estado da Paraíba. A cidade tem uma rede ampla de serviços substitutivos: um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II, atendimento diuturno), um Caps III (atendimento 24 horas), dois Capsi (atendimento a crianças e adolescentes), um Capsad (atenção à saúde de sujeitos alcoolistas e usuários de outras drogas), uma unidade de emergência psiquiátrica, um centro de cultura e lazer e seis residências terapêuticas (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA, 2009).

Como critérios de inclusão dos colaboradores no estudo, consideraram-se os seguintes fatores: ter experiência tanto na assistência psiquiátrica hospitalocêntrica quanto na rede substitutiva, particularmente no Centro de Atenção Psicossocial (Caps); exercer regularmente as atividades de trabalho durante o período de coleta de dados; e participar, de forma voluntária da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para compor o grupo de colaboradores deste estudo, inicialmente foi realizado um levantamento dos profissionais assistentes na rede substitutiva de atenção à saúde mental que também tivessem experiência de trabalho no modelo hospitalocêntrico. Após o levantamento, identificaram-se os seguintes profissionais: um técnico de enfermagem do Caps II, um psicólogo do Capsad, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem do Caps III.

A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2009. Os métodos adotados foram: observação sistemática, entrevista e registro em diário de campo. A observação sistemática foi feita durante todo o período de trabalho em campo, com um roteiro norteador de entrevista semiestruturada que buscou a narrativa dos colaboradores acerca das concepções dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. O diário de campo foi elaborado no dia a dia da coleta de dados, em que se registraram os contatos feitos com os entrevistados e as observações dos pesquisadores.

No tratamento dos dados – corpus – das entrevistas, os discursos foram submetidos à análise de conteúdo temática (BARDIN, 2006), o que resultou em categorias analíticas.

O desenvolvimento do estudo seguiu as normas da Declaração de Helsinki, de 1964, na versão 2002 da World Medical Association (2008), e as diretrizes emanadas da Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, só sendo operacionalizado após anuência desse órgão, sob o Protocolo no 0533.0.133.000-09.

### **Discussão dos resultados**

Os dados apresentados a seguir oportunizam uma reflexão sobre como se organizam os modelos hospitalocêntrico e psicossocial de atenção à saúde mental no Brasil. Com base na análise dos discursos dos profissionais, pôde-se disparar um diálogo que contribui para a reflexão sobre o processo de mudança ideológica proposto pela reforma psiquiátrica brasileira.

Nessa perspectiva, as categorias analíticas deste estudo abordaram os seguintes temas: 1. percepções sobre o cuidado em saúde mental ante o processo de desinstitucionalização; 2. a percepção dos profissionais quanto à participação dos familiares no tratamento hospitalocêntrico e nos serviços substitutivos; e 3. tratamento humanizado e trabalho em equipe.

### **Percepções sobre o cuidado em saúde mental ante o processo de desinstitucionalização**

Essa categoria permite uma reflexão sobre o cuidado em saúde mental tanto na perspectiva hospitalocêntrica, caracterizada pelo hospital psiquiátrico, quanto psicossocial, que tem como figura central o Caps.

No que concerne ao hospital psiquiátrico, podem-se apontar críticas em função da crescente denúncia de desrespeito aos direitos humanos dos sofredores



psíquicos, pois os cuidados oferecidos são pautados na lógica assistencial da institucionalização e medicalização excessiva. Além disso, não obstante encontravam-se instituições que não ofereciam condições humanas básicas para seus internos, paralelamente ao desrespeito aos direitos humanos básicos. Tal afirmação surge das seguintes observações:

Quando eu cheguei lá, eu fiquei muito surpresa, porque eles eram muito desprezados, tratados como bicho. Eu me sentia bem por estar ajudando eles, mas ficava mal quando via aquela situação... em dias de frio, eles não tinham lençol, eles ficavam isolados, não tinha nenhuma atividade terapêutica (E4).

Eu achava muito desumano. Tinha dificuldade de alimentação, de material de higiene, de tudo... eles não tinham pente, sabonete, toalha [...]. Dormiam nas grades, colocando o lençol por cima das grades ou, então, muitos dormiam no chão cheio de urina, fezes... Os donos do hospital compravam os colchões e guardavam, só colocavam para os usuários dormirem quando sabiam que vinha a fiscalização. No outro dia, eles mandavam a gente tirar os colchões. Quando era dia de dormir no colchão, os usuários dormiam tão bem que no outro dia era aquela festa (E3).

Diante das falas, visualizamos um cenário de desrespeitos aos direitos humanos que ocorria no modelo hospitalocêntrico, devido à ausência de uma fiscalização contínua e resolutiva, que só veio a ser iniciada pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (Pnash/Psiquiatria), como resultado da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Nessa lógica, é preciso compreender que os hospitais psiquiátricos, como modalidade assistencial única, dificultam a consecução da reinserção do sujeito com sofrimento psíquico na sociedade, devido à promoção do isolamento, o que resulta na incapacidade do convívio social e no descomprometimento com os direitos humanos e civis do indivíduo (BRASIL, 2002). Tal evidência foi destacada por um dos entrevistados:

O ponto negativo do hospital [psiquiátrico] é a ociosidade, porque lá no Caps a gente sempre está em movimento, sempre tentando fazer alguma coisa para o usuário; e no hospital, não, eles ficavam à tarde sem fazer nada. Então, o usuário só se ocupava em fumar, fumar, fumar, deitar no chão, dormia, tomava medicação, se dopava e pronto, era assim a rotina (E5).

Diante da fala, podemos analisar que a rotina de atendimento nos hospitais psiquiátricos provavelmente não disponibilizava de um planejamento adequado para a assistência aos usuários.

Dessa forma, a ociosidade no ambiente hospitalar pode agravar o quadro de sofrimento psíquico por causa da falta de estratégias adequadas para alcançar a reabilitação psicossocial. Em contrapartida, o Caps, como estratégia de reestruturação da atenção psiquiátrica, tem demonstrado outra via de tratamento, disponibilizando atividades com finalidades terapêuticas diversificadas, com o intuito

de focar a integração do usuário na comunidade e sua inserção familiar e social (BARRETO; GAUDÊNCIO, 2010).

Dessa forma, compreende-se que o atendimento às necessidades do sofredor psíquico no modelo atual deve incluir atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e orientação), atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social), atendimento em oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias (BRASIL, 2002).

No cenário desta pesquisa, a transição da atenção manicomial para os serviços substitutivos na região da Borborema, na Paraíba, iniciou-se por meio da intervenção do Ministério da Saúde no hospital psiquiátrico, no município de Campina Grande. Nesse momento, a assistência ofertada aos usuários começa a ser reeditada: Quando houve a fiscalização da reforma no Hospital X, os usuários nunca tinham visto tanta fartura. Teve uma usuária que chegou a mim pra dizer:

“Após [pois] eu almocei frango ontem! Tinha tanta carne! Deixa eu te mostrar os sabonetes que me deram”. Perfumes e produtos de higiene, que elas não viam há muito tempo no hospital... Tinha uma usuária que não enxergava, ela estava quase cega totalmente, e, quando a nova reforma [psiquiátrica] surgiu no Hospital X, a primeira coisa que fizeram foi sua cirurgia. Ela ficou tão feliz, porque voltou a enxergar... nesse tempo de transição para a criação dos Caps, os usuários tinham direito a tudo, a lanches, café da manhã, almoço, jantar, roupas limpas, lençóis limpos, cada um com sua pasta, seu sabonete [...] (E3).

A fiscalização citada pelo entrevistado refere-se ao Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (Pnash/Psiquiatria). Esse dispositivo teve grande importância no processo da desinstitucionalização, submetendo os hospitais psiquiátricos de todo o Brasil à avaliação quanto às condições de tratamento oferecidas, e, nesse momento, houve a interdição de oito hospitais no país, dentre eles, um hospital situado no município de Campina Grande, cenário do nosso estudo (BRASIL, 2005).

Até então, as condições de atendimento ao portador de transtorno psíquico no hospital eram precárias, como retratam as narrativas. Os recursos terapêuticos utilizados tinham mais a função de punir do que tratar. Não havia uma política que garantisse uma assistência de qualidade.

Hoje, a assistência aos usuários está direcionada à implementação de ações terapêuticas e de reabilitação, pautadas na ideia de promoção à saúde e qualidade de vida, com o objetivo de incentivar/ampliar a autonomia dos sujeitos na gestão da vida e no resgate da cidadania.

Contudo, apesar das mudanças, alguns profissionais de saúde defendem a continuidade do tratamento asilar:

[No hospital psiquiátrico] O tratamento é vinte e quatro horas e, portanto, há uma condição para um tratamento intensivo para o usuário sair daquele quadro mais rápido, e, a partir daí, ser reintegrado à sociedade (E1).

A análise de tal discurso permite afirmar que o profissional desconhece a dinâmica de funcionamento dos serviços substitutivos, ao considerar o hospital psiquiátrico como uma modalidade de assistência preferencial no atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico. Com base nessa percepção institucionalizada, podemos perceber a dificuldade de compreensão por parte de alguns profissionais sobre a prática dos modelos assistenciais atuais.

Nesse sentido, para garantir o avanço da reforma psiquiátrica além da simples criação de novos serviços, é preciso dispor de um quadro de profissionais com uma visão ampla de tratamento e com uma postura distinta do modelo anterior. Sobretudo, deve-se considerar a importância em incorporar, entre os recursos terapêuticos, a ética da inclusão, ou seja, outro paradigma assistencial, com possibilidades de acolher e acompanhar adequadamente os usuários (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Tais premissas envolvem aspectos difíceis para a superação da atuação dos profissionais de saúde mental inseridos no “novo modelo” e que requerem longo prazo para instaurar uma nova postura e outra ética de cuidados. É quando enfatizamos a importância da formação do profissional em saúde mental que, de modo geral, ainda se encontra limitada ante a necessidade de transformações para a reforma psiquiátrica. Assim, observa-se, pelas narrativas, o chamamento dos profissionais por avanços na assistência ao usuário na fase aguda da crise psíquica:

[...] precisa melhorar em alguns aspectos para suportar aquele usuário em crise mais grave e mais prolongada, porque existe surto que em dez dias esse usuário tá saindo, mas existem casos [...] eu conheço um caso que estivemos com uma usuária aqui no Caps e não foi possível continuar com essa pessoa, e ela foi transferida para o hospital psiquiátrico e está saindo da crise lá, exatamente pela quantidade de tempo [...] (E1).

Para que um usuário saia de uma crise, é mais ou menos 90 dias, então, como é que vamos comportar esse usuário esse tempo todo com apenas 6 leitos? No hospital tem mais de 100 leitos. Infelizmente a gente precisa. Eu não vou ser hipócrita e dizer que não, só porque eu trabalho no Caps (E5).

A análise do discurso nos permite perceber a real necessidade em desconstruir o estigma dos profissionais a respeito da lógica institucional, que, mesmo inseridos no modelo atual de atenção psíquica, acreditam que o tratamento eficaz oferecido nos momentos de “crise” seja o isolamento social por meio dos hospitais psiquiátricos.

Contudo, historicamente a assistência de base hospitalocêntrica tem em si uma política de isolamento prolongado e com baixa resposta clínica e/ou social. Esse fato nos permite dialogar para a utilização, quando extremamente necessário, da internação psiquiátrica, porém como meio de progressão para outra modalidade menos invasiva de tratamento, sem privar o sujeito de seu ambiente social e familiar.

Outra alternativa proposta pela reforma psiquiátrica é utilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, medida que sugere a recuperação e a reintegração mais rápida do sujeito com sofrimento psíquico na sociedade, uma vez que o

paciente não perde o vínculo com a realidade, além de reduzir o estigma da internação em manicômios. No entanto, há o risco de falhas diante dessa medida, como o aumento das reinternações decorrente de acolhimento inadequado dos pacientes em serviços ambulatoriais, tempo reduzido de estada e altas precoces (BOTEGA, 2006).

Assim, enfatiza-se a necessidade de (re)pensar estratégias no processo de atenção à saúde dos usuários em transtorno mental, pois tais dispositivos de atenção precisam ser constantemente avaliados, para que não se perca em suas características e para que a reforma psiquiátrica atinja, devidamente, seus fins (SANTOS JUNIOR; SILVEIRA, 2009). Para isso, narrativas como a apresentada a seguir alertam para a necessidade de reflexão acerca do processo de desinstitucionalização:

A gente, infelizmente, ainda precisa do hospital, até porque eu mesma já cheguei a ligar perguntando se tinha lugar no hospital para um usuário. A gente sabe o que preconiza a reforma e o que tem que ser feito, mas infelizmente a gente não comporta [...]. E a gente vai recorrer a quem? A gente vai “jogar” o usuário de volta? Eu não tenho essa condição humana, nem psíquica, porque eu não sou “louca”. Seria uma atitude irresponsável (E5).

A proposta de um tratamento com possibilidade de reinserir socialmente o indivíduo em sofrimento psíquico denota a extinção do modelo asilar, requerendo a inovação terapêutica, encontrada nos modelos atuais. Mesmo com o avanço acelerado e consistente na atenção em saúde mental nas últimas décadas, parte considerável da assistência continua sendo realizada em hospitais psiquiátricos (CAMPOS et al., 2009).

Além disso, estudos fazem referência aos desafios dos modelos substitutivos em lidar com os usuários em momentos de crise, devido ao aumento da demanda nos serviços de emergência, consonante à falta de estrutura da rede de serviços em saúde mental, como entraves na parceria/comunicação entre dispositivos de assistência e a utilização limítrofe de leito-noite nos Caps III ou acima de sua capacidade (AVENA, 2009; FURTADO; CAM- POS, 2005).

Para responder a questões como a apresentada, o Ministério da Saúde lançou mão de um pacote de medidas para melhorar o atendimento aos transtornos mentais, o que prevê o aumento de 246% de cobertura ao suporte terapêutico psiquiátrico, comparado a 2002. O objetivo é estimular os hospitais, sobretudo os gerais, a aumentar a quantidade de vagas para internações de pessoas em crise (pacientes agudos), no prazo máximo de 20 dias (BRASIL, 2009).

Confirmando tais afirmações, destacamos, em nosso estudo, algumas observações concernentes aos serviços substitutivos, especificamente no Caps III, Capsad e em emergências psiquiátricas, que podem ser visualizadas a seguir:

O que falta é a comunicação entre os outros Caps. Nós recebemos atenção de todos os Caps, porque somos um Caps 24 horas. Nós não atendemos emergência, mas somos 24 horas. Quando o usuário vai para emergência e lá não tem vaga, eles mandam para cá, mas aqui falta tudo, a gente tenta se comunicar. [...] por vezes, chega o paciente surtado e

## Pluralidade de Saberes

não vem nem medicado da emergência. A gente [Caps III] não tem médico 24 horas nos finais de semana. Então, muitas vezes, não tem nem a prescrição da emergência de uma medicação injetável para ser realizado no Caps. Então, isso é uma dificuldade muito grande. Nesse ponto, o usuário que é o mais prejudicado, porque eu jamais vou fazer uma medicação sem estar prescrita (E3).

Quando a ideia de um modelo pautado na redemocratização da assistência em saúde mental não está devidamente consolidada, surgem questionamentos relacionados à assistência atual por parte dos profissionais. Esse quadro reflete as limitações da equipe de saúde em lidar com essa problemática, o que pode resultar em falhas no cuidado integral do usuário, além de gerar sofrimento ao trabalhador pelo sentimento de impotência (AVENA, 2009).

Não obstante, o despreparo da equipe quanto ao acolhimento dos usuários em crise, sobretudo à noite e nos finais de semana, por considerar o serviço desprovido de uma quantidade suficiente de profissionais, principalmente médicos, dificulta a tomada de decisões importantes.

Tais fragilidades observadas na rede de saúde mental apontam a necessidade de aprimoramento dos serviços, especificamente quanto à ampliação da equipe multiprofissional, como também a necessidade de incluir novos referenciais na prática cotidiana dos profissionais, enfatizando a importância da educação permanente dos trabalhadores e a necessidade de uma avaliação sistemática das “novas” práticas assistenciais.

### **A percepção dos profissionais quanto à participação dos familiares no tratamento hospitalocêntrico e nos serviços substitutivos**

A atual política brasileira de saúde mental trouxe implicações importantes para a família do portador de sofrimento psíquico, dotando-a de um papel importante no tratamento junto aos serviços substitutivos para a efetivação da reinserção sociofamiliar. Para alcançar tal proposta, o modelo de assistência substitutivo tem como proposta a possível emancipação pessoal, social e cultural do sofredor psíquico. Essa terapêutica é pautada pela lógica da não internação e pela promoção do convívio social, buscando um olhar mais igualitário da sociedade (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Em nosso estudo, tal afirmativa pôde ser constatada por meio da seguinte fala:

O principal ponto positivo [no Caps] é a ponte criada entre a comunidade, Caps e família. É um ciclo vicioso, a gente está sempre buscando essas três coisas, que é justamente o que a reforma psiquiátrica preconiza. Buscando e atingindo esses três focos, a gente consegue chegar a um bom resultado (E5).

Todavia, há pontos que devem ser considerados na dinâmica familiar diante do sofrimento psíquico, pois não se pode desconsiderar a sobrecarga que recai sobre

os familiares por terem de acompanhar um membro adoecido mentalmente e cuidar dele.

Esse quadro pode acarretar desgastes e tornar o cuidador fragilizado, além de comprometer a proposta de reinserção social do usuário. Dessa forma, cabe aos profissionais promover o apoio e o fortalecimento da participação da família no tratamento, por meio da viabilização de esclarecimentos de dúvidas relacionadas ao familiar em sofrimento psíquico e à dinâmica de tratamento (CUNHA; BOARINI, 2011).

Contudo, é comum profissionais que trabalham com a saúde mental exigirem da família aceitação da doença, mas acabam por não compreenderem que, muitas vezes, a falta de informação adequada da patologia, o sentimento de insegurança, a dificuldade de relacionamento domiciliar e as condições econômicas precárias prejudicam o seu envolvimento na terapêutica (SILVA; FEITOSA; SILVEIRA, 2007). Nesse sentido, compreendemos a postura de alguns familiares em posicionarem-se contra ao processo de desinstitucionalização, exercendo pressão para que a instituição psiquiátrica continue na custódia dos pacientes.

Em nosso estudo, destacamos os discursos dos entrevistados quanto à percepção da participação dos familiares no tratamento hospitalocêntrico, comparada ao modelo substitutivo em saúde mental:

[No hospital psiquiátrico] Nós tínhamos reuniões com as famílias, mas eles dificilmente participavam. Apesar disso, a participação é muito pouca em relação à quantidade de usuários atendidos (E2).

[No hospital psiquiátrico] Existe o horário de visita e vai quem quer. A equipe não vai chegar ao ponto de ligar para o familiar e perguntar: “O que está acontecendo que você não está vindo?”. Até porque, são quantos? (E5).

No hospital, a família só comparecia para internar e quando o usuário recebia alta (E4).

As falas descrevem o limitado envolvimento dos familiares na dinâmica assistencial hospitalar. Fato que vem sendo transformado na perspectiva psicossocial, que busca envolver a família nas atividades assistenciais, bem como não evitar retirar o sujeito em sofrimento psíquico do convívio sociofamiliar. Contudo, mesmo que se evidencie ausência da participação familiar no contexto do cuidado, não cabe aos profissionais emitir julgamentos de desaprovação, mas sim articular medidas para o suporte em situações de dificuldades. Isso é possível pela consolidação de uma aliança terapeuta/família que leve o familiar a perceber que existem outras formas, muitas vezes mais eficazes, de ajudar o sujeito em sofrimento psíquico.

Esse é um ponto importante, pois a recuperação do usuário pode ser comprometida pela relação familiar (SOARES; MUNARI, 2007). Por essa razão, as intervenções realizadas pelos profissionais devem estar pautadas no reconhecimento da necessidade em favorecer um ambiente de troca de experiências, com

esclarecimento de dúvidas e o compartilhamento de sentimentos, o que favorece a redução da sobrecarga aos cuidadores.

Apesar de todo aparato terapêutico, esse cenário de “desassistência” por parte dos familiares ainda se repete nos serviços substitutivos, como podemos observar a seguir:

[No Caps] Não há uma participação ativa da família. Os profissionais tentam, chamam, mas tem família que só comparece quando o usuário está em crise (E4).

A parte negativa é em relação à família. A família não quer colaborar com o tratamento, não dá a medição nos horários certos, não quer ajudar e não tem aquele cuidado que deve ter, mas o Caps tenta, faz visita, conversa nas reuniões, tenta fazer a melhor maneira possível (E3).

Diante das falas, fica evidente que a participação ativa da família no tratamento, proposta da reforma psiquiátrica, ainda pode ser um objetivo a ser consolidado nos serviços substitutivos. Tal realidade talvez seja justificada pelo despreparo dos profissionais em manter um ambiente propício ao resgate desses familiares na terapêutica, refletindo, assim, o distanciamento no processo de reinserção social do seu parente. Esse fato nos faz repensar nas implicações da desinstitucionalização para os familiares, fragilizados pelo preconceito existente na sociedade e pela realidade imposta, como o retraimento social e as mudanças na dinâmica domiciliar.

Desse modo, reforça-se a importância em apoiá-los e reintegrá-los no tratamento, instaurando a ideia da corresponsabilidade para que se tornem facilitadores nas ações de promoção à saúde e de inserção do indivíduo em seu meio.

### **Tratamento humanizado e trabalho em equipe**

O modelo substitutivo propõe trazer novas formas de tratamento, como a humanização do cuidado. Dessa forma, age contrário à lógica do modelo hospitalocêntrico, cuja intervenção era voltada ao modelo clínico curativo que pontuava apenas a doença mental e desconsiderava as relações interpessoais no atendimento aos usuários em sofrimento psíquico.

Observamos, em nosso estudo, que esse cenário de mudanças tem trazido contribuições valiosas, ao orientar medidas inovadoras para aproximar o profissional do sofredor psíquico no ambiente terapêutico:

Hoje eu vejo isso, os profissionais tratando bem, tratando de igual para igual. Quando eu cheguei aqui no Caps, fui informada para não vir de branco, pois isso assustaria os usuários. Então, para que o tratamento fosse ideal, tínhamos que nos igualar a eles, vestidos de roupa normal (E3).

A uniformização e a postura do profissional no modelo hospitalocêntrico nos sugerem uma posição hierárquica em relação aos usuários internados. Diante do

discurso, evidencia-se a modificação desse quadro no modelo de atenção atual, reconhecido pelo profissional como algo positivo e enriquecedor para o tratamento mais igualitário.

Outra narrativa aponta para o distanciamento dos profissionais, imposto pela estruturação física do ambiente hospitalar.

Lá [hospital psiquiátrico] tinha o posto de enfermagem com grades e isso para mim foi difícil [...] eu ficava me questionando: “Como a gente vai conviver com os usuários se a gente tá do lado de dentro, com grades e os usuários lá fora?”. E isso foi difícil de entender no início. A gente via essa diferença que tínhamos que ficar atrás das grades para prestar assistência. Mas eles tinham os momentos de lazer [...] (E5).

Esse cenário nos faz refletir sobre a ideia de periculosidade relacionada ao usuário em sofrimento psíquico no modelo asilar, ao contribuir para resistência na consecução de medidas mais humanizadas ao tratamento.

Além disso, o modelo hospitalocêntrico impedia o atendimento de base comunitária, a participação da família no tratamento, as ações preventivas e a ressocialização, o que refletia em agravamento da incapacidade social (BRASIL, 2002). Os depoimentos apresentados a seguir demonstram como era realizada a assistência intramuro no hospital psiquiátrico, interditado pelo Ministério da Saúde, em Campina Grande-PB, em 2005:

Quanto ao isolamento, se o paciente estivesse agressivo, a gente medicava e isolava ele, e não tinha ninguém para escutá-lo. E aí, ficava isolado, sem banheiro, muitas vezes sem lençol, sem colchão, porque muitas vezes eram suicidas, então, não podia ter nada que servisse para ele tentar o suicídio. [...] eles ficavam longe da família, da sociedade, eles não tinham uma assistência adequada. Os médicos pouco escutavam os usuários (E4).

Com base nos princípios da reforma psiquiátrica, a atuação dos profissionais deve priorizar os serviços extra-hospitalares e de reabilitação psicossocial como formas de tratamento, incorporar uma visão holística do usuário e não focar somente a cura. Um dos grandes desafios na saúde mental é dispor de profissionais capazes de superar o paradigma da loucura. Dessa maneira, devem-se capacitar os profissionais para que possam assistir o sofrimento psíquico de forma mais humanizada.

A instalação de uma doença decorrente de diversos fatores, como é o caso do sofrimento mental, necessita de um aparato de cuidados ampliados. Dessa forma, é imprescindível a formação de uma equipe com diversos profissionais qualificados, para ampliar os questionamentos e as sugestões que venham a intervir no tratamento (KIRSCHBAUM; PAULA, 2002).

Caminhando com a humanização, vem a forma de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar realizado pelos novos dispositivos em saúde mental:

Quando eu cheguei no Caps, eu fiquei com medo de não dar certo essa relação de equipe trabalhando tudo junto, mas agora eu vejo que é fundamental. Se acontecer alguma coisa no plantão que eu estiver, eu terei que responder pelo acontecido, mesmo não tendo feito



## Pluralidade de Saberes

nada, pois isso é o trabalho em equipe. Tendo essa equipe para trabalhar, a gente se torna mais forte. Por exemplo, quando se falava em “contenção conjunta”. Essa contenção não significa, por exemplo, amarrar, mas tentar conversar com o usuário em equipe (E3).

Com o desenvolvimento do Programa Humaniza-SUS do Ministério da Saúde, foi possível incorporar a perspectiva do apoio matricial e das equipes de referências no âmbito da saúde mental. Essas equipes obedecem a uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, são compostas de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, o que possibilita um maior vínculo e ampliação de olhares sobre o sujeito doente (BRASIL, 2004).

No modelo hospitalocêntrico, a função do profissional de saúde, na maioria das vezes, era conter e punir o sofredor psíquico pelos atos de indisciplinas, e essas atitudes dificultavam a relação e o vínculo entre ambos. No modelo substitutivo, o profissional busca, junto ao usuário, ações para promover o bem-estar no seu cotidiano. Nessa perspectiva, a assistência busca abranger as necessidades do indivíduo de forma holística.

Dessa forma, a reorientação da assistência psiquiátrica faz emergir a necessidade de articular o enfoque interdisciplinar, ao considerar que o cuidado ampliado em saúde mental requer percepções distintas entre os demais integrantes da equipe profissional. Assim, além da retaguarda assistencial, tem-se como objetivo produzir um espaço favorável ao intercâmbio de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões (FURTADO; CAMPOS, 2005).

Para um melhor desempenho da equipe de saúde na assistência ao sofredor psíquico, destaca-se o apoio matricial em saúde que tem como objetivo assegurar a retaguarda especializada e o suporte técnico-pedagógico às equipes de referências que atuam na área da saúde, enquanto as equipes de referência são aquelas responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, como é o caso do Caps (CAMPOS, 2007).

Medidas como essas são consideradas fundamentais para o estabelecimento de diretrizes metodológicas para a gestão do trabalho e da assistência em saúde mental. O objetivo é ampliar as possibilidades em realizar uma assistência mais humanizada, com a disposição de um conjunto de recursos que visem focar o tratamento voltado ao sujeito e seus laços sociais, além de favorecer a integração entre distintas especialidades e profissões.

A composição desses instrumentos pretende assegurar, na área de saúde mental, maior efetividade no trabalho e investir na construção da autonomia dos usuários (CAMPOS, 2007). Constituem-se, assim, como ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004).

## Conclusão

Apesar do avanço acelerado e consistente na atenção em saúde mental, foi possível perceber, por meio deste estudo, a resistência de alguns profissionais quanto à dinâmica de funcionamento dos modelos substitutivos, com discursos que remetem à necessidade do hospital psiquiátrico como uma modalidade de assistência preferencial no atendimento ao sofredor psíquico nos momentos de crise.

Além disso, a insegurança da equipe quanto ao acolhimento dos usuários em crise, sobretudo à noite e nos finais de semana, por considerar o serviço desprovido de uma quantidade suficiente de profissionais, principalmente médicos, dificulta a tomada de decisões importantes. Tais fragilidades apontam para a necessidade de aprimoramento dos serviços, quanto à ampliação da equipe multiprofissional, como também para a importância em fortalecer os referenciais da reforma psiquiátrica na prática cotidiana dos profissionais.

Outro ponto importante é a reprodução do cenário de “desassistência” da família nos serviços substitutivos, como era possível perceber no modelo manicomial. Desse modo, reforça-se a importância em apoiá-la e reintegrá-la no tratamento, instaurando a ideia da corresponsabilidade para que a família se torne facilitadora nas ações de inserção do seu parente no meio social.

Sendo assim, podemos concluir que atuar na perspectiva da reabilitação psicossocial constitui-se em tarefa de alto grau de complexidade, não apenas pela gama de ações a serem desenvolvidas, mas também pela necessidade constante de repensar as práticas e articular as mudanças necessárias no âmbito assistencial. Assim, acreditamos que este estudo poderá contribuir para reflexão sobre o processo de desinstitucionalização, pois favorece a ampliação de novos entendimentos sobre a prática de cuidados nos modelos de assistência à saúde mental.

## Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface, Botucatu*, v. 10, n. 20, p. 20-23, 2006.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. AVENA, D. de A. O engenho por dentro: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2006.

BARRETO, H. A.; GAUDÊNCIO, M. M. P. Convivendo com a diferença: sobre as relações interpessoais entre familiar cuidador e o portador de transtorno psíquico. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)–Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2010.

BOTEGA, N. J. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: \_\_\_\_\_. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 17-34. BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 16 out. 1996. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 336/GM. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 19 fev. 2002. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza-SUS. Equipe de Referência e Apoio Matricial. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília, nov. 2005. BRASIL. Ministério da Saúde. Pacote de medidas é anunciado para melhorar o atendimento de pacientes com transtornos mentais. Brasília: Ministério da Saúde, 3 nov. de 2009. Disponível em: . Acesso em: 10 jul. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública, v. 43, supl. 1, p. 16-22, 2009.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica–Universidade Estadual de Maringá. Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n. 1, p. 68-76, jan./jun. 2011.

FURTADO, J. P.; CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., v. 3, n. 1, p. 109-122, 2005.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. Contradições no discurso e na prática de o trabalho de enfermagem nos serviços-dias de Saúde Mental. Rev. Esc. Enfermagem USP, v. 36, n. 2, p. 170-176, 2002.

MIRANDA, F. A. N. Saúde mental e familiar: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental. Unoparc Cien., Ciênc.Biol. Saúde, Londrina, v. 1, n. 1, p. 77-83, out. 1999.

MONTEIRO, C. B. O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental. Esc. Anna Nery, v. 10, n. 4, p. 735-739, dez. 2006.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas de- correntes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, jan./fev. 2008.

SANTOS JUNIOR, H. P. O.; SILVEIRA, M. F. A. Práticas de cuidados produzidas no servi- ço de residências terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 43, n. 4, p. 788-795, 2009.

SILVA, T.; FEITOSA, K. M. A.; SILVEIRA, M. F. A. Avaliação da percepção da família do sofredor psíquico frente à reforma psiquiátrica. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba, 2007.

SOARES, C. B.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. Ciênc. Cuid. Saúde, v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. 52ª General assembly of the World Medical Associa- tion. Declaration of Helsinki: recommendation guiding physicians in biomedical research involving human subjects, 1964. Edinburgh: World Medical Association, 2008.

## LÚDICO DESPERTA INTERESSE E FAVORECE A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO NO ÂMBITO DA SALA DE AULA

*Ivete Barbosa da Costa*  
*Renato Fernando Menegazzo*

### **Introdução**

O aprendizado dos alunos é um processo que ocorre gradativamente. No entanto, para que os estudantes obtenham as habilidades e competências que o sistema educacional espera que elas sejam efetivamente adquiridas ao longo da vida escolar, é de suma importância que ferramentas que contribuam positivamente com o processo de ensino e aprendizagem sejam utilizados pelos professores durante suas aulas.

No decorrer das aulas, nota-se que são muitas as dificuldades que os alunos encontram para compreender bem os conteúdos. Em relação ao ensino de Biologia, contribuem para que os alunos tenham dificuldades em construir seus conhecimentos relacionados a esta disciplina, a falta de materiais didáticos apropriados, como modelos anatômicos, laboratórios inadequados ou inexistentes para a realização de aulas práticas, e obstáculos criados pela administração escolar.

Apesar das dificuldades supracitadas, experiências demonstram que o processo de ensino e aprendizagem pode ser fomentado se os professores adotarem em suas metodologias de ensino, a utilização de materiais pedagógicos alternativos. Trata-se de instrumentos que motivam os estudantes, pois atendem a necessidades e interesses distintos presentes em sala de aula.

Mas até que ponto os materiais didático-pedagógicos alternativos, cuja criação, confecção e aplicação vêm sendo estimuladas tanto pelo Ministério da Educação quanto pelas instituições de ensino superior, por meio de disciplinas como Oficina de Material Pedagógico, Instrumentação para o Ensino de Ciências e Instrumentação para o Ensino de Biologia, entre outras, estão efetivamente trazendo resultados positivos para o processo de ensino e aprendizagem? Resposta a esta indagação é o que se buscou com a pesquisa de campo detalhada no presente artigo.

### **Fundamentação teórica**

Ao se fazer uma análise de como alguns conteúdos são trabalhados nas aulas de Biologia, constata-se que é importante à utilização de metodologias que contribuam com o desenvolvimento dos alunos, por facilitarem o entendimento dos mesmos e proporcionarem aos professores, a realização de aulas dinâmicas, motivadores, que fujam do tradicionalismo ainda vigente em muitas escolas. Os materiais

pedagógicos dão grande contribuição nesse sentido, conforme atestam Campos, Bortoloto e Felício (2003):

"Os materiais didáticos são ferramentas fundamentais para os processos de ensino e aprendizagem, e o jogo didático caracteriza-se como uma importância e viável alternativa para auxiliar em tais processos por favorecer a construção do conhecimento ao aluno" (CAMPOS, BORTOLOTO e FELÍCIO, 2003, p.47).

É importante destacar que o jogo didático é aquele que é utilizado para atingir determinados objetivos pedagógicos, sendo uma alternativa para se melhorar o desempenho dos estudantes em alguns conteúdos de difícil aprendizagem (Gomes e Friedrich, 2001 *apud* De Souza, 2014). Isto é possível porque os jogos educativos com finalidades pedagógicas promovem situações de ensino-aprendizagem por meio de atividades lúdicas e prazerosas que desenvolvem a capacidade de iniciação e ação. Além disso, jogando, o indivíduo se depara com o desejo de vencer que provoca uma sensação agradável, pois as competições e os desafios são situações que mechem com os impulsos (FIALHO, 2008).

São muitos os fatores que influenciam o desenvolvimento do aprendizado dos alunos. Mas uma coisa é certa: a aprendizagem só será desenvolvida se existir condições favoráveis que a facilite. Sobre isso, Lane e Codo (1989) asseveram que:

"O meio escolar deve ser um lugar que propicie determinadas condições que facilitem o crescimento, sem prejuízos dos contatos com o meio social externo. Há dois pressupostos de partida: primeiro, é que a escola tem como finalidade inerente a transmissão do saber e, portanto, requer-se a sala de aula, o professor, o material de ensino, enfim o conjunto das condições que garantam o acesso aos conteúdos; segundo, que a aprendizagem deve ser ativa e, para tanto, supõe-se um meio estimulante" (LANE e CODO, 1989, p. 174).

Em relação ao acima exposto, os jogos didáticos têm grande significado no processo de construção do conhecimento na área de ciências e saúde, facilitando o aprendizado do assunto (Antunes et al., 2009). Além disso, conforme Miranda (2002), atividades lúdicas favorecem o desenvolvimento da inteligência, socialização, personalidade, criatividade e motivação, promovendo um maior estímulo e interesse à participação na aula, injetando alegria, ânimo e entusiasmo. Corroborando com o autor, Lima (2009) cita a opinião de professora ouvida em seu trabalho de pesquisa sobre o assunto, na época com 12 anos de atuação em sala de aula, de nome fictício Elvira, para quem:

[...] o jogo é rico no sentido de facilitar a aprendizagem, de facilitar a socialização de facilitar principalmente o prazer de estudar, porque a gente cria um ambiente gostoso na escola. O aluno vai para casa com vontade de voltar (LIMA, 2009, p.17).

Os jogos didáticos podem ser alternativos, isto é, serem produzidos com materiais de baixo custo, facilmente encontrados - como sucatas - e de aplicação prática. Tais recursos alternativos, utilizados como estratégias e/ou metodologia de

ensino, viabilizam a efetivação de uma aprendizagem ativa, interativa, dialógica e significativa, uma vez que uma aula diversificada, com recursos adequados, desperta o espírito crítico e permite ao aluno interagir com o objeto de estudo (POLICARPO e STEINLE, [s.d.]).

### **Metodologia**

Com o trabalho especificado no presente artigo, procurou-se verificar, por meio de atividade lúdica, construída com materiais simples e de baixo custo, como os jogos didáticos podem facilitar o processo de ensino e aprendizagem dos alunos de Ensino Médio em Biologia. Em específico, procurou-se averiguar se aumentam o interesse dos alunos pela disciplina. Para isso, trabalhou-se o jogo "Corrida dos Espermatozoides" e avaliou-se o desempenho dos alunos durante a aplicação, bem como as opiniões dos mesmos sobre a atividade pedagógica.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa de campo junto a estudantes do Ensino Médio (1º e 2º Ano) da Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Manuel Bandeira, em Colorado do Oeste - RO. Optou-se por este tipo de pesquisa porque se trata de uma ferramenta utilizada para levantamento de dados, que pode ser quantitativa e/ou qualitativa, direta ou indireta (GIL, 2002).

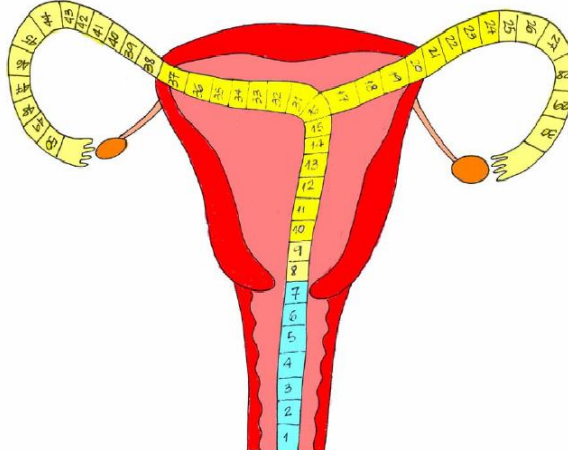
As opiniões dos alunos sobre o material pedagógico foram obtidas por meio de questionário, definido por Gil (1999) como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.

Foi aplicado um questionário após a realização da atividade lúdica, com o intuito de verificar se possíveis atividades lúdicas favorecem no desenvolvimento de aprendizagem, proporcionando maior interesse durante o conteúdo estudado. Os questionários foram aplicados nas duas turmas supracitadas, no mês maio de 2014, com os 54 alunos de 1º e 2º Anos do Ensino Médio da Escola Manuel Bandeira.

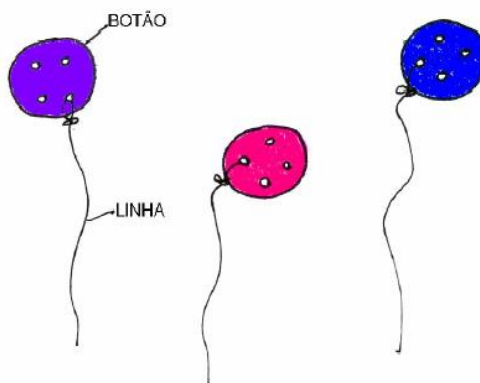
"A corrida dos espermatozoides" foi desenvolvida por Priscila Mayumi Kashiwabara, Ana Beatriz Vitiritti, Débora Frigi Rodrigues, Dimitson Ferreira de Oliveira, Elisama Silva de Oliveira e Márcio Moreno (2013), por meio do projeto "Instrumentação para o Ensino de Ciências", do Instituto de Biociências, da Universidade de São Paulo (USP).

No primeiro momento, a aula iniciou com a entrega aos alunos, de uma cópia de um texto intitulado "Reprodução humana: fecundação", por meio do qual foram introduzidos os conceitos de reprodução e de fecundação. O texto também trouxe a diferença entre os aparelhos reprodutores femininos e masculinos, os tipos de hormônios produzidos e suas respectivas funções em cada órgão. Para o entendimento do jogo, trabalhou-se ainda a necessidade de o homem liberar uma quantidade muito grande de células sexuais por ejaculação e explicou-se como ocorre o processo de fecundação.

Em seguida, a classe foi dividida em grupos. Cada grupo recebeu "A corrida dos espermatozoides". O jogo consta de um tabuleiro em cartolina com formato do sistema reprodutor feminino (**Figura 1**); botões de cores variadas representando os espermatozoides, cada um amarrado a um pedaço de linha, representando o flagelo (**Figura 2**); moedas com o verso e o reverso marcados com os números 1 e 2, respectivamente; cartões de cartolina com perguntas e respostas. No âmbito interno de cada grupo, os alunos se organizaram em diferentes equipes para disputar a "corrida" e sagrar-se "campeã".



**Figura 1** – Esquema do tabuleiro do jogo “Corrida dos Espermatozoides”. Fonte: Priscila Mayumi Kashiwabara, Ana Beatriz Vitiritti, Débora Frigi Rodrigues, Dimitson Ferreira de Oliveira, Elisama Silva de Oliveira e Márcio Moreno (2013) / Projeto “Instrumentação para o Ensino de Ciências”, Instituto de Biociências, da Universidade de São Paulo (USP).



**Figura 2** – Esquema do tabuleiro do jogo “Corrida dos Espermatozoides”. Fonte: Priscila Mayumi Kashiwabara, Ana Beatriz Vitiritti, Débora Frigi Rodrigues, Dimitson Ferreira de Oliveira, Elisama Silva de Oliveira e Márcio Moreno (2013) / Projeto “Instrumentação para o Ensino de Ciências”, Instituto de Biociências, da Universidade de São Paulo (USP).



Antes de iniciar o jogo, os alunos identificaram quais foram os órgãos representados no tabuleiro e como chegaram a essa conclusão. Além disso, leram as instruções do jogo e tiraram as possíveis dúvidas surgidas no decorrer da explicação. Após, foi iniciada a "A corrida dos espermatozoides". Na sequência da atividade lúdica, para finalizar a pesquisa, aplicou-se o questionário elaborado para verificar a opinião dos alunos em relação ao jogo, ou seja, se o jogo é realmente uma ferramenta pedagógica capaz de estimular o interesse dos alunos e facilitar o aprendizado do conteúdo.

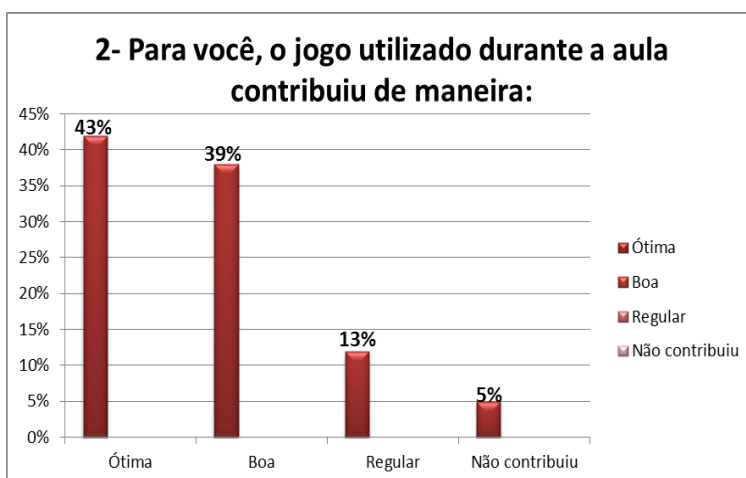
### Resultados e discussão

Dos 54 alunos que participaram do jogo, 87% gostaram da atividade e 13% não gostaram (**Figura 3**). O resultado era previsto. Isto porque os alunos gostam das atividades lúdicas, pelo fato de sair da rotina da sala de aula com o quadro e giz, despertando maior interesse durante as atividades (Jorge et al., 2009). Embora alunos de Ensino Médio são classificadas como adolescentes nos termos da legislação brasileira vigente (Brasil, 1990), para a criança - e, por inferência, para o adolescente - não importa se está sendo indo bem ou mal em uma atividade, o que importa para ela é saber se está tendo prazer ou não em determinado atividade (ASSAD e PAIVA, 2011).



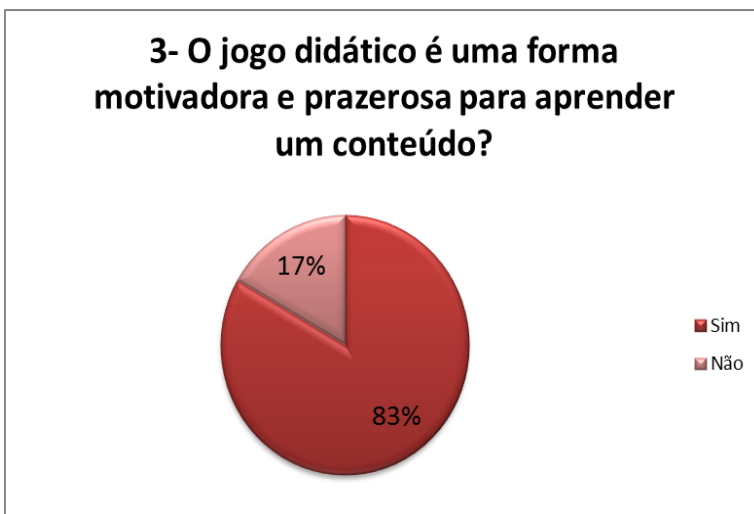
Figura 3 - posicionamento dos estudantes em relação ao jogo pedagógico. Fonte: Dados da pesquisa

A **Figura 4**, abaixo, está relacionada à contribuição da atividade lúdica no desenvolvimento de aprendizagem do conteúdo sobre reprodução humana e fecundação, tendo como resultado 43% dos alunos afirmando que o jogo contribuiu de maneira ótima, 39% dizendo que contribuiu de maneira boa, 13% avaliando como regular e 5% apontando que não trouxe nenhuma contribuição. O resultado (82%, da soma de ótimo e bom) vem ao encontro de Santana (2008), o qual afirma que atividades lúdicas podem contribuir para o aprendizado, pois além de tornar prazeroso para os alunos, também colaboram no processo de construção do conhecimento dos mesmos.



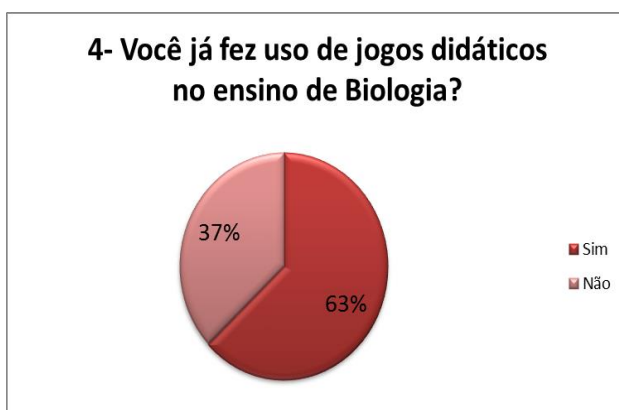
**Gráfico 2** - Opinião dos alunos quanto à contribuição do jogo ao aprendizado. Fonte: Dados da pesquisa

A **Figura 3** mostra que para 83% dos alunos, o jogo traz motivação e prazer para aprender, contra 17% que consideram que não traz nenhum benefício. Para Cartaxo (2003), o jogo ocasiona novas motivações para a obtenção do conhecimento, envolvendo o aluno de diferentes formas, quebrando a rotina monótona da sala de aula. Ou seja, o lúdico provoca no aluno a participação espontânea na aula, auxiliando os mesmos na construção do conhecimento de forma prazerosa, proporcionando varias habilidades no decorrer da aprendizagem (PEDROSO, 2009).



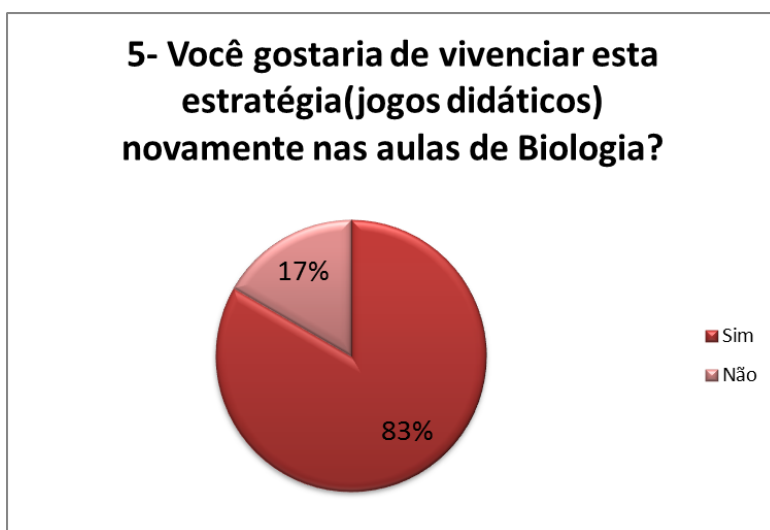
**Figura 3** - Satisfação dos educandos com a utilização do lúdico nas aulas.  
Fonte: Dados da pesquisa

Dos 54 alunos que participaram do jogo, apenas 37% já haviam tido uma experiência anterior com esse tipo de material pedagógico em aulas de Biologia, conforme mostra a **Figura 4**. Os demais 63% nunca haviam feito isso antes. As respostas sugerem que a maioria dos professores ainda desconhece a importância dos jogos pedagógicos no desenvolvimento dos alunos e tem pouca consciência de que cabe a eles estar inserindo-os em suas aulas, não só para motivar o aprendizado, mas também para facilitar o ensino. Justamente porque a atividade lúdica é condição de desenvolvimento e expressa a evolução mental do sujeito e a sua utilização possibilita que aprender rime com prazer (FORTUNA, 2000) *apud* (MERCADO, 2010).



**Figura 4** - Experiências anteriores dos alunos com materiais pedagógicos. Fonte: Dados da pesquisa

Na última imagem (**Figura 5**), visualiza-se que somente 17% dos 54 alunos entrevistados não gostariam de participar de atividades pedagógicas diferenciadas, como o jogo "Corrida dos Espermatozoides", contra 83% que gostariam que os professores utilizassem mais jogos pedagógicos alternativos nas aulas de Biologia. A opinião da maioria reflete o que já foi apurado por Oliveira (2007): as aulas se tornariam mais interessantes com a utilização de jogos educacionais como material pedagógico. Além disso, conforme o autor, os professores estariam contribuindo para que os alunos tivessem uma melhor compreensão dos conteúdos, com a possibilidade de despertar nestes o senso-crítico-criativo.



**Figura 5** - Predisposição para repetir a experiência com jogos pedagógicos. Fonte: Dados da pesquisa

### Considerações Finais

O presente trabalho demonstrou a importância do uso de materiais pedagógicos alternativos como ferramentas para facilitar a aprendizagem dos estudantes.

Com base na pesquisa, observa-se que o jogo desperta um grande interesse, incentivando a participação dos alunos durante as aulas, permitindo uma socialização do conhecimento e uma aproximação entre os estudantes.

Os resultados não deixam dúvidas de que materiais didático-pedagógicos alternativos têm grande importância no aprendizado dos alunos, atraindo a atenção e melhorando seu aprendizado.

Dessa maneira, conclui-se que atividades lúdicas como o jogo "Corrida dos Espermatozoides" podem ser utilizadas durante as aulas como alternativa para favorecer o processo de ensino e aprendizagem.

## Referências

- ANTUNES, Adriana Maria; MORAIS, Camila Mariane Otto de; SILVA, Elaine Fernanda da; DUTRA, Minéia Fabiano; MARINELI, Priscila Francielly Silva; FILHO, José Souza; SANTOS, Ana Paula Rezende dos; SABÓIA-MORAIS, Simone Maria Teixeira. **A utilização de metodologias lúdicas no ensino de biologia: estudo do valor educativo de jogos em escolas urbanas e rural**. 2009. Disponível em: <<http://www.ceped.ueg.br/anais/IIIedipe/pdfs/2trabalhos/gt04fisicaquimicabiologiaciencias/trabgt04autilizacaoemetodologiasludicas.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2014.
- ASSAD, Waldir Delgado; PAIVA, Rodrigo Macedo. **Jogos e brincadeiras como instrumento pedagógico para alunos do 5º Ano**. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/1163/1/TCC%20II%20PDF.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2014.
- BRASIL. Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.
- CAMPOS, Luciana Maria Lunardi; BORTOLOTO, T. M.; FELÍCIO, A. K. C. A produção de jogos didáticos para o ensino de ciências e biologia: uma proposta para favorecer a aprendizagem. **Cadernos dos Núcleos de Ensino**, Unesp.Br, p. 35-48, 2003.
- CARTAXO, Nargélia Pinheiro de Alencar. **A Influência do lúdico no ensino de Biologia**. 2003. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-influencia-do-ludico-no-ensino-de-biologia/109300/>>. Acesso em: 06 set. 2014.
- DE SOUZA, Rosana Wichineski de Lara. Modalidades e recursos didáticos para o ensino de biologia. **Revista Eletrônica de Biologia (REB)**. ISSN 1983-7682, v. 7, n. 2, p. 124-142, 2014.
- FIALHO, Neusa Nogueira. Os jogos pedagógicos como ferramentas de ensino. 2008. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/293\\_114.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/293_114.pdf)>. Acesso em: 05 set. 2014.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Como Classificar as Pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2002.
- JORGE, Viviane Loureiro; GUEDES, Anne Goni; FONTOURA, Monique Thérèse Schulz; PEREIRA, Rosalina Maria de Magalhães. **Biologia limitada: um jogo interativo para alunos do terceiro ano do Ensino Médio**. 2009. Disponível em: <<http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viiinpec/pdfs/1580.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2014.
- KASHIWABARA, Priscila Mayumi; VITIRITTI, Ana Beatriz; RODRIGUES, Débora Frigi; OLIVEIRA, Dimitson Ferreira de; OLIVEIRA, Elisama Silva de; MORENO,

Márcio. **Reprodução Humana: Fecundação.** 2013. Disponível em: <[http://www.ib.usp.br/iec/wp-content/uploads/2013/07/roteiro\\_reproducao\\_humana\\_fecundacao.pdf](http://www.ib.usp.br/iec/wp-content/uploads/2013/07/roteiro_reproducao_humana_fecundacao.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2014.

LANE, Sílvia Tatiana Maurer (Org); CODO, Wanderley (Org). **Psicologia social: o homem em movimento.** 8.ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LIMA, Maria do Carmo Fernanda de; SILVA, Vanessa Valéria Soares da; SILVA, Maria Emília Lins e. **Jogos educativos no âmbito educacional: um estudo sobre o uso dos jogos no Projeto MAIS da Rede Municipal do Recife.** 2009. Disponível em: <[http://www.contabeis.ufpe.br/ce/images/Graduacao\\_pedagogia/pdf/2009.2/jogos%20educativos%20no%20ambito%20educacional%20um%20estudo%20sobre%20o%20uso.pdf](http://www.contabeis.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2009.2/jogos%20educativos%20no%20ambito%20educacional%20um%20estudo%20sobre%20o%20uso.pdf)>. Acesso em: 02 jun. de 2014.

MERCADO, Luisa Weber. **Atividades práticas podem facilitar o processo de (re)construção dos conceitos de Ciências e Biologia?** 2010, 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Biológicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MIRANDA, Simão de. No fascínio do jogo, a alegria de aprender. **Revista Linhas Críticas**, Faculdade de Educação UnB. Brasília, v.8, n.14, jan./jun. 2002.

OLIVEIRA; Rosiele Juvino de. **O bom professor de Matemática segundo a percepção de alunos do Ensino Médio.** 2007. Disponível em: <<http://www.ucb.br/sites/100/103/TCC/12007/RosieleJuvinodeOliveira.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.

PEDROSO, Carla Vargas. **Jogos didáticos no ensino de Biologia: uma proposta metodológica baseada em módulo didático.** 2009. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2944\\_1408.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2944_1408.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2014.

POLICARPO, Ivani; STEINLE, Marilzete Cristina Bonafini. **Contribuições dos recursos alternativos para a prática pedagógica.** Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2345-8.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

SANTANA, Eliana Moraes de. Influência de atividades lúdicas na aprendizagem de conceitos químicos. **Anais do Seminário Nacional de Educação profissional e tecnologia.** Belo Horizonte, Brasil. 2008. Disponível em: <[http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Arquivos\\_senept/anais/terca\\_tema1/TerxaTema1Artigo4.pdf](http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Arquivos_senept/anais/terca_tema1/TerxaTema1Artigo4.pdf)>. Acesso em: 27 ago. 2014.

**PREVENIR É MELHOR QUE ACIDENTAR-SE: ANÁLISE ESTATÍSTICA  
DE ACIDENTES DE TRABALHO NA CONSTRUÇÃO CIVIL  
NO DISTRITO FEDERAL DE 2013 A 2015**

*Leandro Américo Gomes Alves*

*Eduardo Dias da Silva*

**Introdução**

Do ponto de vista da segurança e dos riscos, há profissões que exigem mais atenção dos seus profissionais que outras, a área da construção civil é uma delas. Esses riscos são perceptíveis pelo uso de maquinário pesado, produtos tóxicos e corrosivos, uso de correntes elétricas e de altas temperaturas, somados a isso, por vezes, atividades em alturas vertiginosas nas quais o risco de queda pode causar sequelas graves ou até o óbito, são exemplos apontados por Mortele (2014) e Silva (2011), dentre outros autores. Contudo, almeja-se apresentar, apesar os riscos inerentes da profissão – Engenheiro Civil –, muitos dos eventuais sinistros ocorridos em um dos possíveis locais de trabalho desse profissional – construção civil –, estão atrelados de forma (in)direta à imprudência ou à imperícia dos diversos profissionais ligados a essa área.

Ainda, de acordo com os autores supracitados, na grande maioria dos casos, os acidentes ocorrem simplesmente por erros humanos, que são gerados graças à imprudência, negligência e imperícia. Além disso, tendo em vista, trabalhadores que não fazem uso ou, na pior hipótese, usam de forma inadequada os materiais de segurança, ao presumirem que acidentes jamais acontecem consigo, levando, assim, a uma autoconfiança exacerbada, ou, até mesmo, em alguns casos, a falta de experiência profissional de trabalhadores da construção civil recém contratados, que apesar da teoria desenvolvida e aprendida, faltam-lhes a prática com o manuseio de certos aparelhos e técnicas, dentre outros são apenas alguns exemplos de causadores de acidentes de trabalho na indústria da construção civil e, graças às características da profissão e do local de trabalho, *per si*, exigem muita atenção de todos, no quesito segurança e prevenção, a fim de evitar qualquer tipo de acidente que, por vezes, é fatal.

A fim de lograr êxito nesse estudo, foi elaborada uma pesquisa qualitativa de análises documentais, de acordo com Flick (2009) e Silva (2014), no qual definem

[...] documentos [como sendo] despidos de uma concepção estável, ou seja, eles são retirados de uma forma com molde fixo e preestabelecido, passando a significar registros escritos/visuais/auditivos inseridos em um momento sócio-histórico específico. Os significados dos documentos, nesses termos, são construídos a partir da inserção no social, momento em que “documentos” e “meio social” se relacionam dialeticamente. Os

documentos enquanto discursos são restringidos pelo social, mas também o constitui. Assim, é nas práticas discursiva (quem produziu, onde, local de circulação, quem consome) e social (relações de poder, ideologia, hegemonia) que os documentos são definidos (SILVA, 2014, p. 3, acréscimos nosso e grifos do autor).

Ainda de acordo com Silva (2014), tal concepção de documento apresentada leva a enxergá-los para além dos textos escritos em seus aspectos linguístico-estruturalistas, ajudando na tarefa de análise à medida que é lembrado de que analisar um documento é, segundo Flick, “mais do que mera análise de textos” (2009, p. 232). Portanto, na análise documental, os documentos são explorados como “dispositivos comunicativos em vez de contêineres de conteúdos” (p. 236).

É de amplo conhecimento que boa parte dos acidentes que ocorrem em obras civis resultam em óbito, mostrando que é uma área na qual não se pode dar, nem mesmo pequenas chances para que algo dê errado, o que mostra ser fundamental que sejam seguidas todas as normas e recomendações feitas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) na propositura de diversas normas regulamentadoras para que a indústria da construção civil tenha algo a basear-se. Tais normas devem ser seguidas por todos, não só pelos empregados, mas também, pelos empregadores, que devem sempre dar as melhores condições de trabalho possíveis. Acidentes de trabalhos também são possíveis de ocorrer graças às condições desleais, às vezes, impostas pelos empregadores que são desrespeitosos com as normas vigentes.

Almeja-se como objetivo geral dessa pesquisa apontar e relacionar dados previdenciários no qual analisaremos a ocorrência e o registro de acidentes de trabalho na construção civil no Distrito Federal (DF), sendo assim, o levantamento de dados terá como base o período (2013-2015). Esses dados serão retirados do sítio oficial da Previdência Social do Brasil referentes ao mercado de trabalho da construção civil do Distrito Federal.

Tendo como base os objetivos gerais, pretendemos verificar e analisar quais ocorrências de acidentes de trabalho na construção civil do DF tiveram de(a)créscimos no período supracitado e, para tal, elaborar-se-á tabelas na quais vislumbraremos esses dados e, por fim, faremos nossas análises.

Na tentativa de melhor conduzir esse estudo, optamos em organizar esse texto em quatro capítulos, no intuito de lograr êxito nos objetivos supracitados. No primeiro capítulo, apresentamos nossa introdução, motivação e objetivos que nos guiam na elaboração, execução e análises propostas nesse trabalho.

Revisão conceitual de termos como acidente de trabalho, construção civil, de acordo com autores renomados da área, além de normas, obrigações e direitos relacionados aos profissionais da construção civil farão parte do segundo capítulo. O terceiro capítulo contemplará a elaboração e apresentação dos dados colhidos no sítio oficial da Previdência Social do Brasil e do Ministério do Trabalho e do Emprego, respectivamente MPS e MTE, bem como, tabelas elaborados por nos afim de compreender se houve de(a)créscimo na ocorrência de acidentes de trabalho na construção civil do DF.



No quarto e último capítulo, nos dedicaremos as análises dos dados recolhidos nos sítios oficiais supracitados, a fim de contribuir no entendimento de como evitar as ocorrências de acidentes de trabalhos na construção civil no DF, no intuito de propor alternativas para a prevenção e redução de sinistros no tema em tela, por meio das considerações finais. Desejamos a todos, boa leitura.

### **Revisão Bibliográfica**

Segundo o artigo 19 de Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991, esclarece que “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”. Assim, pode causar desde um simples afastamento, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, até mesmo a morte do segurado.

Ainda de acordo com essa lei (Brasil, 1991), também são considerados como acidentes do trabalho: i) o acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado; ii) a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; iii) a doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente.

Contudo, salientamos que não são consideradas como doenças de trabalho as doenças ditas como degenerativas: i) as inerentes a grupo etário; ii) as que não produzem incapacidades laborativas; iii) as endêmicas adquiridas por segurados habitantes de região onde elas se desenvolvam, exceto se comprovando que resultaram de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho, segundo o *Anuário Estatístico da Previdência Social* (2014).

Por outro lado, equipara-se também a acidente do trabalho: i) o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para o óbito do segurado, para perda ou redução da sua capacidade laboral, ou que tenha produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação; ii) o acidente sofrido pelo segurado no local e horário laborais, em consequência de ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por outrem ou companheiro de trabalho; ofensa física intencional, inclusive de terceiros, por motivo de disputa relacionada com o trabalho; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de outrem, ou de companheiro de trabalho; ato de pessoa privada do uso da razão; desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior; iii) a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; iv) o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário laborais, na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; em viagem a serviço da empresa,

inclusive para estudo, quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

A compreensão que se tem sobre o trajeto da residência ou do local de refeição para o trabalho ou deste para aqueles, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção voluntária do percurso habitualmente realizado pelo segurado, são considerados como sendo de exercício do trabalho, além dos períodos destinados à refeição ou ao descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, estão também assegurados por força de lei, como elucidado pelo *Anuário Estatístico da Previdência Social* (2014) e pela Lei Federal nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Dito isso, para que os acidentes ou as doenças sejam considerados como sinistros de trabalho, é imprescindível que sejam caracterizados tecnicamente pela perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) que fará o reconhecimento técnico do nexos causal entre os acidentes e as, possíveis, lesões; as doenças e as atividades laborais; e a causa *mortis* e o acidente. Por conseguinte, na conclusão da perícia médica, o médico-perito poderá decidir pelo encaminhamento do segurado para retornar a suas atividades laborais ou emitir um parecer sobre o afastamento temporário ou definitivo.

### **Comunicação de Acidentes do Trabalho – CAT**

De acordo com o INSS (2018), a Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) é um documento oficial que pode ser preenchido tanto pela empresa empregadora, pelo próprio trabalhador, pelo dependente, pela entidade sindical de representação do trabalhador, pelo médico ou pela autoridade pública, esta última possibilidade, ocorrerá no caso de não haver o registro da empresa que acarretará em multas ao empregador ou à empresa, conforme dispostos nos artigos 286 e 336 do Decreto nº 3.048/1999. Na atualidade, esse registro pode ser efetuado de maneira eletrônica via sítio do INSS.

O INSS tem, hoje, em operação três tipos de formulário de CAT: um destinado a ocorrências iniciais (CAT Inicial), outro para reaberturas de ocorrências de sinistros (CAT de reabertura) e por fim, o de comunicação de óbito de segurado (CAT de óbito).

A CAT inicial é o documento que tem como tarefa comunicar ao INSS e as demais autoridades que ocorreu um acidente de trabalho, e sendo por meio desta que os órgãos terão acesso aos dados do sinistro, do acidentado e da empresa. A CAT inicial agrega valores sobre o Seguro de Acidente de Trabalho (SAT) pago pela empresa, e também é considerada um instrumento para o médico do INSS fazer suas

análises para uma possível concessão de auxílio doença acidentário, seja de forma temporária ou definitiva.

A CAT de reabertura é o documento destinado as ocorrências de afastamento do empregado de suas atividades laborais, devido aos agravamentos de lesão provenientes de acidente de trabalho ou de doença ocupacional já documentados. Por conseguinte, por ser um agravamento de lesões, a CAT de reabertura precisa informar os dados do sinistro na época do ocorrido, exceto com as informações relativas ao afastamento, último dia de trabalho, atestado médico e data de emissão, porque esses dados serão relativos a data de reabertura para possibilitar uma nova análise.

E por fim, A CAT de comunicação de óbito é destinada para o informe de falecimento do empregado, decorrente de acidente ou doenças profissionais ou de trabalho resultantes ou causadas por atividades laborais, contudo, ressaltamos que mesmo nessa situação é necessário ter sido preenchido a CAT inicial.

### **Tipos de Acidente de Trabalho**

O *Anuário Estatístico da Previdência Social* (2014) traz consigo a descrição de alguns conceitos referentes aos acidentes de trabalho, dos quais faremos as apresentações ao longo dessa sessão.

De acordo com tal documento, tem-se a definição de acidente de trabalho como sendo aquele que ocorre pelo exercício de atividade laboral a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, permanente ou temporária, que cause a morte, perda ou a redução da capacidade para exercer suas funções laborais.

Para efeitos legais, considera-se acidente do trabalho: as doenças profissionais e a doenças do trabalho, ainda como pregoado por esse documento. Assim, equiparam-se também aos acidentes de trabalho: os relacionados ao trabalho que, embora não tenham sido a causa única, possam ter contribuído diferentemente para a ocorrência da lesão; acidentes sofridos pelo seguro no local e no horário de trabalho; doenças provenientes de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade laboral; e o acidentes sofridos a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência de trabalho do segurado e vice-versa. Vejamos, agora, algumas tipificações de CAT, segundo registros oficiais do INSS (2014; 2018).

Acidentes com CAT Registrada, fazem referências aos números de acidentes com identificação no INSS. Vale ressaltar que não são contabilizados o reinício de tratamento ou afastamento por agravamento de lesão de acidente do trabalho ou doença do trabalho, já comunicados anteriormente ao INSS.

Acidentes sem CAT Registrada caracterizam-se pela identificação de acidentes de trabalho que apesar de ocorridos, não possuem registrados no INSS. Sendo, o acidente laboral identificado por meio de um dos possíveis anexos: Nexo Técnico Profissional/Trabalho, Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP

ou Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente do Trabalho. Estas identificações são feitas pela nova forma de concessão de benefícios acidentários do INSS.

Acidentes Típicos são dessa forma classificados, de acordo e em decorrência de suas características laborais, desempenhadas e vice-versa. Já Acidentes de Trajeto, fazem alusão aos sinistros ocorridos entre o percurso da residência ao local de trabalho do segurado e vice-versa. Acidentes devido à Doença do Trabalho são as ocorrências ocasionadas por qualquer tipo de doença profissional peculiar a determinado ramo de atividade laboral.

Acidentes Liquidados dizem respeito ao número de acidentes de trabalho cujos processos foram encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completados o tratamento e indenizações aos empregados/beneficiários com sequelas. A Assistência Médica, corresponde ao benefício recebido pelos segurados que estão apenas em tratamento ou atendimento médicos para sua recuperação a fim de retomarem suas atividades laborativas.

Incapacidade Permanente, refere-se aos segurados que ficaram permanentemente incapacitados para exercício laboral. A incapacidade permanente dar-se-á de dois tipos: parcial e total. Entende-se por incapacidade permanente parcial o fato do acidentado em exercício laboral, após os devidos tratamentos psicofísico-sociais, apresentar ainda sequelas definitivas que impliquem em redução da capacidade laboral. Já a incapacidade permanente total se caracteriza quando o acidentado em exercício laboral apresentar incapacidade permanente e total para o exercício de qualquer atividade laborativa.

Incapacidade Temporária, é entendida como sendo a incapacidade temporária dos segurados de exercerem suas atividades laborais. Ressaltamos que durante os primeiros quinze dias consecutivos ao do afastamento das atividades, caberá ao empregador ou à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário integral. Somente após este período, o segurado deverá ser encaminhado à perícia médica do INSS a fim de requerer o auxílio-doença acidentário. Óbitos são registros referentes ao quantitativo de segurados que faleceram em decorrência de acidentes de trabalho relacionados ou em função de suas atividades laborais.

### **Normas Regulamentadoras – NR**

As Normas Regulamentadoras, doravante NR, são o conjunto de requisitos e procedimentos que tratam da segurança e da medicina do trabalho, consideradas de quesito obrigatório às empresas públicas, privadas e órgãos do governo que tenham empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de acordo com Ministério do Trabalho e Emprego (s/d). No momento, há a existência de trinta e seis NR que abrangem várias áreas como da construção civil e agricultura, por exemplo. Na construção civil, objeto da nossa pesquisa, as NR definem os parâmetros para as práticas adotadas pelo setor, dentre elas, destacamos:

## Pluralidade de Saberes

**Tabela 1-** Dimensionamento do SESMT.

		Nº de empregados no estabelecimento	50	101	251	501	1.001	2.001	3.501	Acima de 5.000 para cada grupo de 4.000 ou fração acima de 2.000**
			a 100	a 250	a 500	a 1.000	a 2.000	a 3.500	a 5.000	
<b>G R A U  D E  R I S C O</b>	<b>1</b>	Técnicos								
		Técnico Seg. Trabalho	-	-	-	1	1	1	2	1
		Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	-	-	1*	1	1*
		Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	-	1	1	1
		Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1*	-
		Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1*	1	1*
	<b>2</b>	Técnico Seg. Trabalho	-	-	-	1	1	2	5	1
		Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	-	1*	1	1	1*
		Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	1	1	1	1
		Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
		Médico do Trabalho	-	-	-	-	1*	1	1	1
	<b>3</b>	Técnico Seg. Trabalho	-	1	2	3	4	6	8	3
		Engenheiro Seg. Trabalho	-	-	-	1*	1	1	2	1
		Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	-	1	2	1	1
		Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
	<b>4</b>	Médico do Trabalho	-	-	-	1*	1	1	2	1
		Técnico Seg. Trabalho	1	2	3	4	5	8	10	3
		Engenheiro Seg. Trabalho	-	1*	1*	1	1	2	3	1
		Aux. Enfermagem Trabalho	-	-	-	1	1	2	1	1
		Enfermeiro do Trabalho	-	-	-	-	-	-	1	-
Médico do Trabalho		1*	1*	1	1	2	3	1		
(*) - Tempo parcial (mínimo de três horas)					OBS.: Hospitais, Ambulatórios, Maternidades, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro do Trabalho em tempo integral					
(**) - O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3.501 a 5.000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4.000 ou fração de 2.000.										

Fonte: Guia Trabalhista (S/d).

NR4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Esta NR regulamenta e prescreve o dimensionamento de profissionais de vários níveis no intuito de formar equipes que atuarão na implantação de medidas de prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais. Essas equipes são formadas, em sua totalidade, por Engenheiros de Segurança do Trabalho, Médicos do Trabalho, Enfermeiros do Trabalho, Auxiliares de Enfermagem do Trabalho e Técnicos em Segurança do Trabalho, dentre outros. Lembramos que a implantação dessa NR depende do risco da atividade principal da empresa, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) e o número total de empregados, conforme apresentado na TABELA 1 – página anterior - (Dimensionamento do SESMT) dessa pesquisa.

NR5 – Faz referência à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). É obrigatória a toda empresa pública ou privada que tenham em seus quadros mais de vinte trabalhadores no qual manterão em funcionamento a CIPA, elegendo seus membros que terão como objetivo trabalhar para prevenir, neutralizar ou eliminar riscos de trabalho por meio de sugestões e recomendações ao empregador com objetivo de proporcionar melhores condições de trabalho, eliminando as possíveis causas de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

NR6 – Regulamenta a Equipamento de Proteção Individual (EPI). Essa NR define e estabelece os tipos de EPI que as empresas são obrigadas a fornecer aos seus empregados, sempre que a necessidade e condições de trabalho, assim, os exigirem, com o objetivo de resguardar a saúde e a integridade física dos trabalhadores.

NR7 – Programa Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Essa NR traz consigo a obrigatoriedade de elaboração e implantação do PCMSO, tendo como objetivo a preservação da saúde do trabalhador no que tange à obrigação de realizar exames médicos (admissional, periódicos, alteração de função, de retorno ou de demissão do trabalhador) por conta do empregador.

NR8 – Edificações. Faz referência a NR que trata dos requisitos técnicos, mínimos, que devem ser observados e seguidos para garantir a segurança, a qualidade e o conforto de todos que trabalhem na edificação, durante todo o seu período de execução.

NR9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Esta Norma Regulamentadora é para a elaboração e implementação de mecanismos de proteção e prevenção dos meios naturais, que tem como foco a manutenção da saúde e da integridade do trabalhador por meio do reconhecimento, da antecipação e das avaliações de aspectos de controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais.

NR10 – Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade. Essa NR estabelece e regula as condições mínimas exigíveis a garantir a segurança dos trabalhadores que labutam em instalações elétricas direta ou indireta e em qualquer

fase de geração, transmissão, distribuição e consumo de componentes elétricos, a fim de garantir a segurança e saúde dos trabalhadores e de outrem.

NR12 – Segurança no Trabalho em Maquinas e Equipamentos. Através dessa NR, constata-se a prevenção relativa à segurança e à higiene que devem ser adotadas pelas empresas em relação à instalação, à conservação e à manutenção de equipamentos e maquinas, a fim de evitar a ocorrência de acidentes de trabalho.

NR17 – Ergonomia. Por meio dessa NR, permite-se estabelecer parâmetros para a adaptação das condições de trabalho, de modo a proporcionar o máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente do trabalhador na execução de suas funções.

NR18 – Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção. Essa NR regulamente as diretrizes de ordem administrativa, de planejamento e de organização visando a implementação de medidas de controle e prevenção nos processos, nas condições e no meio ambiente de trabalho industrial relativos a construção civil.

NR33 – Segurança e Saúde nos Trabalhos em Espaços Confinados. Estão nessa NR as diretrizes que regulam e estabelecem os requisitos mínimos para a identificação, avaliação, monitoramento e controle dos riscos existentes em espaços de confinamento, com vistas a garantir a segurança e a saúde do trabalhador.

NR35 – Trabalho em Altura. O propósito dessa NR é estabelecer os requisitos mínimos e as medidas de proteção para os trabalhos em grandes alturas. Para tal, considera-se toda atividade executada acima de dois metros do nível do solo, na qual haja risco de queda, salienta-se, também, que o empregador tem a responsabilidade de treinar, capacitar além de planejar, organizar todos os trabalhos em grandes alturas. Também é obrigatoriedade o uso de equipamentos de proteção individual, acessórios e sistemas de ancoragem para garantir o bom trabalho e a integridade dos empregados.

Buscamos ao final dessa seção tratar os conjuntos de direcionamentos e procedimentos técnicos referentes à segurança do trabalho. As NR aqui apresentadas foram definidas e podem ser alteradas, por intermédio do MTE, de acordo com as necessidades da sociedade em geral, indicadores estatísticos, estudos acadêmicos e técnicos, demandas de órgãos fiscalizadores e organizações empresariais, de acordo com Thomé (2016).

Ressaltamos, também, a importância das NR em conservar a segurança, a saúde e a integridade dos trabalhadores no decorrer da obra; criar e parametrizar procedimentos; incentivar a implantação de políticas de segurança e saúde no trabalho dentro das empresas e fora delas; traçar estratégias para prevenção de acidentes de trabalho; evitar que seja atribuído ao trabalhador atividades que o exponham a condições precárias, pondo em risco sua integridade física e mental e, principalmente, formalizar uma legislação de proteção à segurança e medicina do trabalho.

### Prevenir é melhor que acidental-se

Como visto nas NR muito depende do grau de risco exercido pela empresa e suas atividades, a Classificação Nacional de Atividades Econômicas-Fiscal (CNAE), que também é usado para determinar as atividades da empresa ela também mostra que atividades a instituição está autorizada a executar. A empresa pode ter vários CNAE, porém só um será o principal onde você emitirá as notas fiscais, já as secundárias servirão apenas de apoio caso preste algum serviço diferente, como elucidado por Contabilizei (2016a; 2016b).

A tabela disponibilizada pelo o INSS (2014; 2018) com os dados dos acidentes ocorridos nos anos de 2013 a 2015 abrange todas as categorizações do CNAE, contudo não sendo muito específica nos subitens, o que delimita a análise e pode até prejudicar as análises propostas por esse trabalho. Como o objeto da pesquisa é a construção civil, segue um resumo das CNAE que mais contribuem para os parâmetros da nossa pesquisa, afim de obter resultados diretos e realistas da construção civil no DF.

**Tabela 2-** Descrição da Classificação Nacional de Atividades Econômicas – Fiscal.

Código CNAE no INSS	CNAE	DESCRIÇÃO DO CNAE
2320	2320-6/00	Fabricação de cimento
2330	2330-3/01	Fabricação de estruturas pré-moldadas de concreto armado, em série e sob encomenda
	2330-3/02	Fabricação de artefatos de cimento para uso na construção
	2330-3/03	Fabricação de artefatos de fibrocimento para uso na construção
	2330-3/04	Fabricação de casas pré-moldadas de concreto
	2330-3/05	Preparação de massa de concreto e argamassa para construção
	2330-3/99	Fabricação de outros artefatos e produtos de concreto, cimento, fibrocimento, gesso e materiais semelhantes
4120	4120-4/00	Construção de edifícios
4211	4211-1/01	Construção de rodovias e ferrovias
	4211-1/02	Pintura para sinalização em pistas rodoviárias e aeroportos
4213	4213-8/00	Obras de urbanização - ruas, praças e calçadas
4221	4221-9/01	Construção de barragens e represas para geração de energia elétrica
	4221-	Construção de estações e redes de distribuição de energia elétrica



## Pluralidade de Saberes

	9/02	
	4221-9/03	Manutenção de redes de distribuição de energia elétrica
	4221-9/04	Construção de estações e redes de telecomunicações
	4221-9/05	Manutenção de estações e redes de telecomunicações
4222	4222-7/01	Construção de redes de abastecimento de água, coleta de esgoto e construções correlatas, exceto obras de irrigação
	4222-7/02	Obras de irrigação
4299	4299-5/01	Construção de instalações esportivas e recreativas
	4299-5/99	Outras obras de engenharia civil, não especificadas anteriormente
4313	4313-4/00	Obras de terraplenagem
4321	4321-5/00	Instalação e manutenção elétrica
4322	4322-3/01	Instalações hidráulicas, sanitárias e de gás
	4322-3/02	Instalação e manutenção de sistemas centrais de ar condicionado, de ventilação e refrigeração
	4322-3/03	Instalações de sistema de prevenção contra incêndio
4329	4329-1/01	Instalação de painéis publicitários
	4329-1/02	Instalação de equipamentos para orientação à navegação marítima, fluvial e lacustre
	4329-1/03	Instalação, manutenção e reparação de elevadores, escadas e esteiras rolantes
	4329-1/04	Montagem e instalação de sistemas e equipamentos de iluminação e sinalização em vias públicas, portos e aeroportos
	4329-1/05	Tratamentos térmicos, acústicos ou de vibração
	4329-1/99	Outras obras de instalações em construções, não especificadas anteriormente
4330	4330-4/01	Impermeabilização em obras de engenharia civil
	4330-4/02	Instalação de portas, janelas, tetos, divisórias e armários embutidos de qualquer material
	4330-4/03	Obras de acabamento em gesso e estuque
	4330-4/04	Serviços de pintura de edifícios em geral
	4330-4/05	Aplicação de revestimentos e de resinas em interiores e exteriores
	4330-4/99	Outras obras de acabamento da construção
4391	4391-6/00	Obras de fundações

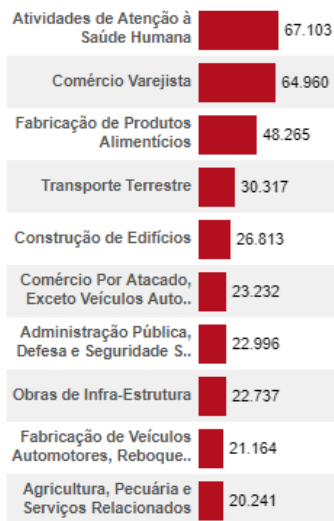
## Pluralidade de Saberes

4399	4399-1/01	Administração de obras
	4399-1/02	Montagem e desmontagem de andaimes e outras estruturas temporárias
	4399-1/03	Obras de alvenaria
	4399-1/04	Serviços de operação e fornecimento de equipamentos para transporte e elevação de cargas e pessoas para uso em obras
	4399-1/05	Perfuração e construção de poços de água
	4399-1/99	Serviços especializados para construção, não especificados anteriormente
7112	7112-0/00	Serviços de engenharia
7119	7119-7/01	Serviços de cartografia, topografia e geodesia
	7119-7/02	Atividades de estudos geológicos
	7119-7/03	Serviços de desenho técnico relacionados à arquitetura e engenharia
	7119-7/04	Serviços de perícia técnica relacionados à segurança do trabalho
	7119-7/99	Atividades técnicas relacionadas à engenharia e arquitetura, não especificadas anteriormente
7732	7732-2/01	Aluguel de máquinas e equipamentos para construção sem operador, exceto andaimes
	7732-2/02	Aluguel de andaimes

Fonte: Comissão Nacional de Classificação (CONCLA), 2018. Adaptado pelos autores.

Preliminarmente, vamos compreender o quantitativo de ocorrências dos acidentes de trabalho. Temos a construção civil em quinto lugar no ranking dos que mais causam acidentes, perdendo, apenas, para atividades de atenção à saúde humana, comércio varejista, fabricação de produtos alimentícios e transporte terrestre, segundo Imagem 1 (Atividades mais perigosas), referenciada pelos estudos de König (2015). Por conseguinte, quando da divisão por estados brasileiros, tem-se o estado de São Paulo respondendo por 34% dos acidentes, seguido pelo estado de Minas Gerais com 10,5% e do estado do Rio Grande do Sul na representação de 8%, segundo fontes do *Anuário Estatístico da Previdência* (2014). Foram registrados no total 2.803 ocorrências nos CNAE analisados entre 2013 a 2015, sendo que desse total, 46% estão registrados, somente, em 2013, de acordo com o Gráfico 1 (Acidentes na Engenharia Civil 2013-2015).

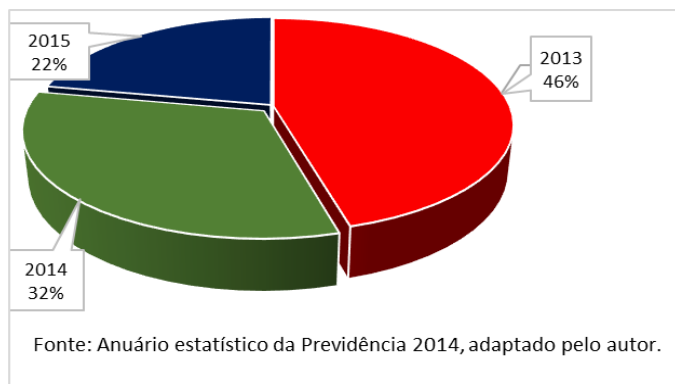
## Pluralidade de Saberes



Fonte: Anuário estatístico da Previdência 2015

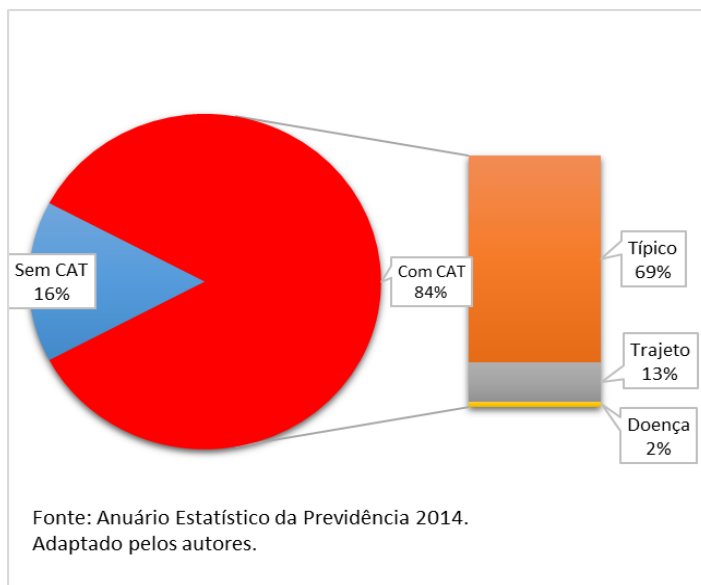
**Imagem 1** - Atividades mais perigosas

**Gráfico 1-** Acidentes na Engenharia Civil 2013-2015



Outro ponto relevante, chamamos atenção para isso, ao analisar todo o triênio, percebemos que o grande número de ocorrências, cerca de 69% delas, são relativas aos acidentes típicos, conforme o Gráfico 2 (Distribuição de Acidentes do Trabalho, por motivo, no Distrito Federal – 2013-2015) no qual faz referência aos acidentes que ocorrem já dentro do ambiente de trabalho. Citamos, a título de exemplo, a ação de cair da escada. Esse número é alarmante, pois, devido a profilaxia e prevenção, os acidentes de trabalho deveriam ser mais fáceis de serem evitados, tendo em vista que suas ocorrências são derivativas, por vezes, da desatenção dos trabalhadores ou da falta de equipamentos de proteção individual (EPI) ou coletiva.

**Gráficos 2-** Distribuição de Acidentes do Trabalho, por motivo, no Distrito Federal – 2013-2015



Um ponto positivo e de destaque é que cada vez mais as empresas e funcionários estão fazendo a CAT, esse crescimento de registro é perceptível a partir de 2014, com 92% das ocorrências sendo comunicadas, possibilitando uma melhor avaliação da situação da ocorrência (se é categorizada em típico, de trajeto ou doença de trabalho). Possivelmente, esse aumento tenha se dado pela a facilidade, nos últimos anos, do próprio acidentado comunicar esse registro via internet.

**Tabela 3** - Acidentes de trabalho 2013-2015

ANO	Com CAT	Sem CAT
2013	75%	25%
2014	92%	8%
2015	92%	8%

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência 2014, adaptado pelo autor.

Na tabela 4 (Quantidade de acidentes do trabalho, por situação do registro e motivo, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Distrito Federal – 2013-2015), apresentamos o quantitativo real das ocorrências no decorrer dos três anos, em análise. No intuito de facilidade o entendimento da tabela supracitada, apresentamos, tão somente, os CNAE com mais de dez ocorrências ao longo do triênio, os demais foram desconsiderados por motivos de baixa representativa nas análises e nos dados.

## Pluralidade de Saberes

**Tabela 4** - Quantidade de acidentes do trabalho, por situação do registro e motivo, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Distrito Federal – 2013-2015.

C N A E	TOTAL			COM CAT REGISTRADA												SEM CAT REGISTRAD A			T O T A L <sup>1</sup>
				TOTAL			MOTIVO												
	TÍPICO						TRAJETO			DOENÇAS DE TRABALHO									
20 13	20 14	20 15	20 13	20 14	20 15	20 13	20 14	20 15	20 13	20 14	20 15	20 13	20 14	20 15	20 13	20 14	20 15		
2320	39	35	39	32	34	39	29	31	36	3	3	2	-	-	1	7	1	-	113
2330	38	16	14	25	16	14	23	12	13	2	3	1	-	1	-	13	-	-	68
4120	57	39	24	41	39	23	35	32	18	1	6	4	51	51	45	8	15	8	1.206
4211	89	66	45	74	66	45	61	52	39	12	13	6	1	1	-	15	-	-	200
4213	34	23	16	29	23	16	25	18	13	3	5	3	1	-	-	5	-	-	73
4221	59	11	8	69	50	52	23	41	42	22	8	10	1	1	-	9	66	46	246
4222	9	8	5	5	8	5	5	7	5	-	1	-	-	-	-	4	-	-	22
4299	84	22	15	68	22	15	57	20	14	11	2	1	-	-	-	16	-	-	121
4313	15	3	3	10	3	3	10	2	2	-	1	1	-	-	-	5	-	-	21
4321	73	49	55	60	49	55	41	40	46	18	8	6	1	1	3	13	-	-	177
4322	18	14	6	14	14	6	10	10	5	3	3	1	1	1	-	4	-	-	38
4329	19	24	7	14	24	7	10	21	6	4	3	1	-	-	-	5	-	-	50
4330	43	21	19	27	21	19	20	15	14	4	6	4	3	-	1	16	-	-	83
4391	18	13	5	17	13	5	16	12	5	1	1	-	-	-	-	1	-	-	36
4399	62	23	30	43	23	30	37	19	24	3	4	6	3	-	-	19	-	-	115
7112	65	50	32	48	50	32	34	36	20	14	14	9	-	-	3	17	-	-	147
7119	7	6	5	6	6	5	6	4	3	-	2	2	-	-	-	1	-	-	18
7732	38	20	11	33	20	11	27	16	8	6	4	3	-	-	-	5	-	-	69
TOT AL <sup>2</sup>	1.280	906	617	965	836	567	803	683	459	143	134	92	19	19	16	315	70	50	

<sup>1</sup> Total relacionado ao número CNAE de 2013-2015

<sup>2</sup>Total relacionado aos anos 2013-2015

Fonte: Anuário estatístico da Previdência 2014, adaptado pelos autores.

Levando em conta, todas as áreas da Engenharia Civil, a que mais apresentou ocorrências em acidentes foi a construção de edifícios, como podemos verificar na tabela 4 (Quantidade de acidentes do trabalho, por situação do registro e motivo, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Distrito Federal – 2013-2015), no item CNAE 4120. Um dos motivos, elencados por nós, foram os eventos internacionais e nacionais de grande porte que aconteceram ao longo do triênio estudado, citamos como exemplo a Copa do Mundo de futebol, em

2014, e os Jogos Olímpicos de verão de 2016 e os subsídios para o financiamento e aquisição de casas populares por pessoas de baixa renda pelo Governo Federal, como fator de elevação das ocorrências em 2013, ano do apogeu das obras e dos programas sociais e econômicos do Governo Federal que refletiram nos índices apresentados em nossos estudos.

Uma coisa a se observar também foi o a queda nos números de acidentes, em 2013 constava 1.280 ocorrências já em 2015 chegou apenas em 617 ocorrências, ainda alto porem deu uma diminuída bem considerável.

Pode-se dizer que essa diminuída teve influência de três fatores, grandes eventos Internacionais que se encerraram dando assim uma grande diminuída nas obras do poder público, a economia que no segundo trimestre de 2014 chegou a -0,6%, de acordo com a Imagem 2 (Produto Interno Bruto - PIB – 2012-2014), como elucidado por Cardoso e Glenia (2014) e chegando apenas em 0,3% no quarto trimestre, segundo a Imagem 3 (Produto Interno Bruto - PIB – 2014-2017), como apresentado por Laporta e Silveira (2017) . Nessa mesma imagem, podemos ver que só no ano de 2017 que o BRASIL começou a se recuperar, porém não podemos avaliar em questão de acidentes, pois os dados do último triênio ainda não foram liberados para análise, dificultando uma análise da situação atual.

**Imagem 2-** Produto Interno Bruto - PIB – 2012-2014

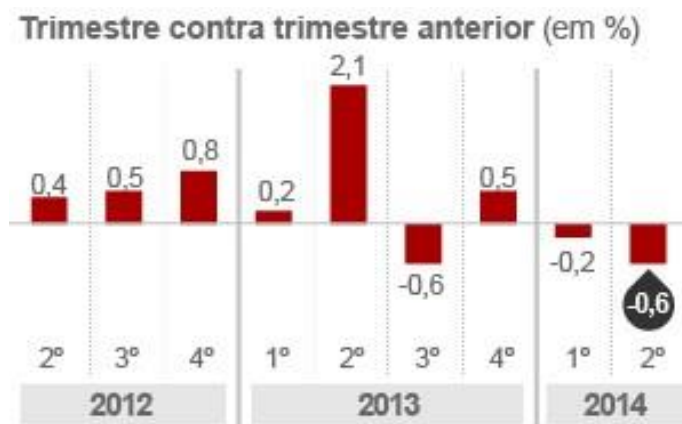
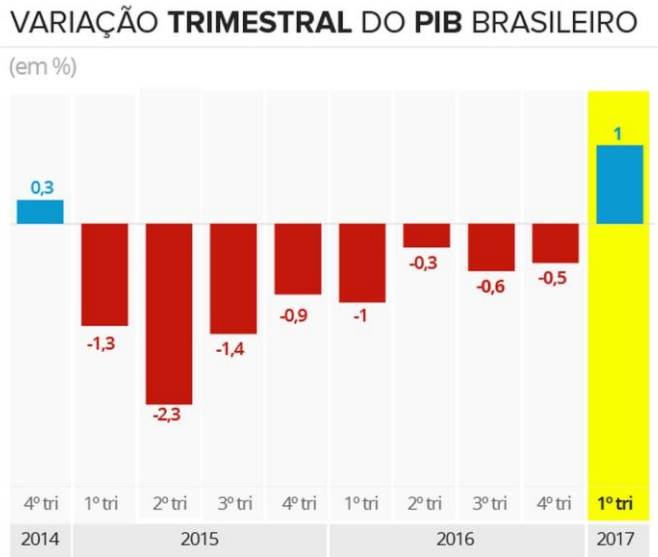


Imagem 3 - Produto Interno Bruto - PIB – 2014-2017



FONTE: IBGE



Infográfico elaborado em: 01/06/2017

Por último, a situação política e econômica na qual se encontrava e, ainda, se encontra o Brasil, foi fator preponderante nos de(a)créscimos das atividades na construção civil. O que está sendo, comumente, chamado de *crise*, na atualidade, teve seu início datada a partir de 2014, tendo seu agravamento, segundo analistas políticos e financeiros, pelo impeachment da presidenta eleita democraticamente Dilma Rousseff, em 2016, como outro aspecto que reverberou nos dados apresentados. Ademais, outro abalo estrutural nas instituições do Estado, foram as investigações deflagradas pelo Ministério Público e da Polícia Federais, intituladas de *Operação Lava-Jato* que apontou indícios de corrupção e superfaturamentos de contratos assinados entre a empresa estatal Petrobras com diversas empreiteiras.

Todo esse movimento político e econômico teve um grande impacto, de forma (in)direta, nas finanças e no crescimento do país. Por conseguinte, muitos investimentos, do setor público em infraestrutura e desenvolvimento social, tiveram uma queda em suas projeções, com diminuições e até mesmo interrupções de financiamento por parte dos órgãos públicos. Outrossim, os investimentos das empresas do setor privado também foram afetados do mesmo modo que do setor público, acarretando, com isso, queda no mercado de trabalho na construção civil.



## Considerações finais

A máxima popular é atestada com essa pesquisa, “prevenir é melhor que remediar”, tanto em fatores sociais e econômicos, haja visto que o retorno mais rápido do trabalhador a suas atividades laborais, sem graves ou nenhuma sequelas, é o que almeja qualquer sociedade economicamente ativa. Portanto, para que não aja acidentes de trabalho, a melhor atitude é sempre investir na prevenção. Na contribuição da prevenção, tem-se as empresas que devem oferecer equipamentos adequados e novos aos seus trabalhadores, com a intenção de protegê-los. Além disso, é importante lembrar de que a legislação em vigor no país obriga as empresas a oferecer um local de trabalho saudável e seguro para os seus trabalhadores, bem como fiscalizar o uso dos equipamentos de proteção por todos na construção civil. Caso seja necessário, a empresa pode utilizar-se de advertências, suspensão e até demitir, por justa causa, o funcionário que não fizer uso de equipamentos de segurança obrigatórios.

Ademais, a empresa precisa, também, comunicar aos órgãos competentes quando houver acidentes menores, causadores de lesões leves, para que se tenha um controle maior dessas ocorrências pelas instituições previdenciária e trabalhista e suas correlatas fiscalizadoras. Outro fator que pode auxiliar na diminuição dos números alarmantes de acidentes de trabalho no segmento da construção civil, por exemplo, é a realização de gestão mais eficaz da segurança nos canteiros de obras, por profissionais qualificados para tal e não podemos deixar de mencionar a tecnologia como sendo mais uma aliada na prevenção de acidentes de trabalho.

O trabalho buscou como objetivo principal levantar e examinar os dados previdenciários e os registros de acidentes de trabalho, disponíveis em bancos de dados oficiais, dos Ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego e seus órgãos correlatos, afim de analisar o triênio (2013-2015) no Distrito Federal. Como a geração dos dados oficiais dos órgãos públicos supracitados se dão a cada três anos, os dados do último triênio (2016-2018) ainda não foram apresentados, até o fechamento desse estudo. Embora, isso possa aparentar certa dificuldade na visualização do momento presente da construção civil no DF, essa pesquisa tem sua importância no entendimento histórico e estatístico das ocorrências de acidentes de trabalho no DF durante o período de 2013 a 2015. Como sugestões para estudos futuros e gerações de novos dados, recomendamos que a liberação e a tabulação das ocorrências de acidentes de trabalho sejam elaboradas anualmente, quiçá, de forma bianual para que se possa estabelecer um parâmetro mais realista com a situação atual vivência no país.

Essa pesquisa trouxe à baila, ao analisar o triênio (2013-2015) que houve uma queda bem considerável nos números de ocorrências de acidentes de trabalho, e de pessoas que ficaram inválidas permanentes ou precisaram de auxílios-doença, mesmo assim esses números ainda são elevados, acarretando com isso na geração de

prejuízo bilionário para a economia, segundo reportagem do Correios Braziliense (2017).

Vale ressaltar que a pesquisa apresentada nesse artigo é de suma importância, pois, demonstra que o número de acidentes de trabalho continua bastante elevado, apesar da queda dos últimos anos, e que o Brasil ainda carece de uma Política de Prevenção Pública da Engenharia Civil (PPPEC) mais abrangente e eficaz, que mobilize todos os setores e agentes da construção civil, levando uma eficiência na prevenção e, oxalá, na eliminação de ocorrências de acidentes de trabalho no Brasil.

Também é bom lembrar que não foi possível relacionar a quantidade de acidentes pela quantidade de obra devido aos dados não existentes ou até mesmo incompletos.

## Referências

BLOG SEGURANÇA DO TRABALHO. *Tipos de CAT. S/l*, 2017. Disponível em: <<https://www.blogsegurancadotrabalho.com.br/2017/08/tipos-de-cat.html>> Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. *Presidência da República*. Casa Civil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Brasília, 1991. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)> Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. *Dados abertos – Saúde e Segurança do Trabalhador*. MPS: Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/dados-abertos-sst/>> Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE*. Comissão Nacional de Classificação – CONCLA. Brasília, 2018. Disponível em: <[http://cnae.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html?option=com\\_cnae&view=atividades&Itemid=6160&tipo=cnae&chave=1722&versao\\_classe=7.0.0&versao\\_subclasse=9.1.0](http://cnae.ibge.gov.br/busca-online-cnae.html?option=com_cnae&view=atividades&Itemid=6160&tipo=cnae&chave=1722&versao_classe=7.0.0&versao_subclasse=9.1.0)> Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. *Cadastro Municipal de Contribuição de Tributos Mobiliários – CMC*. Brasília, s/d. Disponível em: <<http://www.fazenda.pbh.gov.br/iss/cmc/cnae-aliquota.asp?aliquota=NOT>> Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR5 – Faz referência à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 6 – Equipamentos de Proteção Individual do Trabalho – EPI. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 7 – Programa Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 10 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 8 – Edificações. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 13 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 14 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 10 – Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 14 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 12 – Segurança no Trabalho em Maquinas e Equipamentos. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 14 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 17 – Ergonomia. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 14 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 18 – Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 33 – Segurança e Saúde nos Trabalhos em Espaços Confinados. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho e Emprego*. Normas Regulamentadoras de Medicina e Segurança do Trabalho. NR 35 – Trabalho em Altura. Brasília, S/d. Disponível em: <[HTTP://www.mte.gov.br](http://www.mte.gov.br)> Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Previdência* – Quadro I EMITENTE. Brasília, S/d. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/forms/formularios/form002\\_instrucoes.html](http://www.previdencia.gov.br/forms/formularios/form002_instrucoes.html)> Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Ministério do Trabalho – Normas Regulamentadoras*. Brasília, S/d. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras>> Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_. *INSS – Instituto Nacional do Seguro Social*. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/servicos-do-inss/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat/>> Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2014*. MTPS: Brasília, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/aceso-a-informacao/AEAT201418.05.pdf>> Acesso em: 03 mar. 2018.

\_\_\_\_. Número de acidentes de trabalho na construção civil preocupa especialistas. In: *JUSBRASIL. Online*. Senado Federal, Brasília, 2013. Disponível em: <<https://senado.jusbrasil.com.br/noticias/100387462/numero-de-acidentes-de-trabalho-na-construcao-civil-preocupa-especialistas>> Acesso em: 18 mar. 2018.

CARDOSO, Cristiane.; GLENIA, Fabiola. Economia brasileira encolhe 0,6% no 2º trimestre de 2014, diz IBGE. In: *GLOBO.COM – Economia*. Rio de Janeiro e São Paulo: 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2014/08/economia-brasileira-encolhe-06-no-2-trimestre-de-2014-diz-ibge.html>> Acesso em: 22 mar. 2018.

CHAVES, André. *Área SST - Saúde e Segurança do Trabalho. Online. S/I*, 2016. Disponível em: <<https://areasst.com/acidentes-de-trabalho-no-brasil/>> Acesso em: 20 mar. 2018.

CONTABILIZEI. *Tabela de Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE*. Brasília, 2016a. Disponível em: <<https://www.contabilizei.com.br/contabilidade-online/cnae/>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

\_\_\_\_. *Tabela CNAE Completa*. Brasília, 2016b. Disponível em: <<https://www.contabilizei.com.br/contabilidade-online/cnae/>> Acesso em: 30 mar. 2018.

CORREIO BRAZILIENSE. No Brasil, 700 mil pessoas sofrem acidente de trabalho a cada ano. In: *Economia*. Brasília, 2017. *Online*. Disponível em: <[https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/06/05/internas\\_economia,600125/acidente-de-trabalho-no-brasil.shtml](https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2017/06/05/internas_economia,600125/acidente-de-trabalho-no-brasil.shtml)> Acesso em: 18 mar. 2018.

CURY, Anay.; CAOLI, Cristiane. Economia brasileira recua 0,2% no 1º trimestre de 2015, diz IBGE. In: *GLOBO.COM – Economia*. Rio de Janeiro e São Paulo: 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/05/economia-brasileira-recua-02-no-1-trimestre-de-2015-diz-ibge.html>> Acesso em: 22 mar. 2018.

EDTRAB. *Normas Regulamentadoras, Urbanas e Rurais do Ministério do Trabalho e Emprego*. Curitiba, S/d. Disponível em: <<http://www.edtrab.com.br/files/file-361582319.pdf>> Acesso em: 03 mar. 2018.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto alegre: Artmed, 2009.

GUIA TRABALHISTA. *NR4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho*. S/l/d. Disponível em: <[http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr4\\_quadroII.htm](http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/nr/nr4_quadroII.htm)> Acesso em: 20 fev. 2018.

INBEP. Normas Regulamentadoras – O que são e como surgiram. *Online (Blog)*. S/l., 2017. Disponível em: <<http://blog.inbep.com.br/normas-regulamentadoras-nrs-o-que-e/>> Acesso em: 20 fev. 2018.

KONIG, Mauri. Trabalho mata mais do que epidemia no Brasil. In: *Gazeta do Povo*. S/l. 2015. *Online*. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/especiais/acidentes-de-trabalho-no-brasil/index.jsp>> Acesso em: 18 mar. 2018.

LAPORTA, Taís.; SILVEIRA, Daniel. PIB do Brasil cresce 1% no 1º trimestre de 2017, após 8 quedas seguidas. In: *GLOBO.COM – Economia*. São Paulo: 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/pib-do-brasil-cresce-10-no-1-trimestre-de-2017.ghtml>> Acesso em: 22 mar. 2018.

LOBO, Rafael. In: Conceito Zen. *O que é SESMT?*. *Online*. São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.conceitozen.com.br/o-que-e-sesmt.html>> Acesso em: 03 mar. 2018.

MA – *Consultoria e Treinamentos*. Normas Regulamentadoras Atualizadas. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<http://www.maconsultoria.com/normas-regulamentadoras-atualizadas-mte>> Acesso em: 03 mar. 2018.

METROFORM – Sistemas de Proteção. Conheça 12 normas regulamentadoras que se aplicam na construção Civil. S/l, 2017. Disponível em: <<https://blog.metroform.com.br/normas-regulamentadoras-construcao-civil>> Acesso em: 20 de fevereiro. 2018.

MOBUSS CONSTRUÇÃO. *Acidentes de trabalho no Brasil: como diminuir os números alarmantes?* Blumenau, 2012. *Online*. Disponível em: <<https://www.mobussconstrucao.com.br/blog/2016/03/acidentes-de-trabalho-no-brasil/>> Acesso em: 18 mar. 2018.

MOTERLE, Neodimar. *A importância da segurança do trabalho na construção civil: um estudo de caso em um canteiro de obra na cidade de Pato Branco*. 45f. Especialização (Engenharia de Segurança do Trabalho). PPG-Engenharia/UTFPR. Pato Branco, 2014. Disponível em:

<[http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/5688/1/PB\\_CEEEST\\_V\\_2014\\_27.pdf](http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/5688/1/PB_CEEEST_V_2014_27.pdf)> Acesso em: 05 mar. 2018.

SILVA, André Luiz Cabral da. A Segurança do Trabalho Como Uma Ferramenta Para a Melhoria da Qualidade. 2011. Disponível em: <[http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=4007](http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4007)> Acesso em 05 mar. 2018.

SILVA, Eduardo Dias da. Hermenêutica-fenomenológica como metodologia em Linguística Aplicada. In: *Revista InterteXto*, v. 7, n. 1, 2014, p. 1-20. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/intertexto/article/view/822/849>> Acesso em: 04 mar. 2018.

THOMÉ, Brenda Bressan. NR e NBR: quem é quem na construção civil. In: *Sienge Online*. S/l. 2016. Disponível em: <<https://www.sienge.com.br/blog/nr-e-nbr-quem-e-quem-na-construcao-civil/>> Acesso em: 7 mai. 2018.

**AVALIAÇÃO DA INTRODUÇÃO ALIMENTAR DE CRIANÇAS  
MATRICULADAS EM UMA CRECHE PÚBLICA DO  
MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

*Suellen de Andrade Fragoso*

*Daniela de Campos Silva*

*Tatiany Martins Mendonça*

*Dêmia Kellyani Eleoterio Veiga*

**INTRODUÇÃO**

O aleitamento materno é uma estratégia de promoção à saúde, prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida e quando associada à introdução da alimentação complementar de forma correta pode combater tanto a erros e deficits alimentares futuros como também ser reflexo do ganho de peso adequado. Somado a isso, também pode trazer como resultado a profilaxia de patologias como obesidade e desnutrição na infância, adolescência e fase adulta (STADLER et al., 2016).

A alimentação complementar é todo e qualquer alimento oferecido à criança que não seja o leite humano. Desta forma, a introdução alimentar (IA) é considerada um fator de suma importância nos dois primeiros anos de vida, pois além de conceder benefícios ao estado nutricional acaba favorecendo o pleno desenvolvimento tanto na infância quanto na vida adulta (MARINHO et al., 2016; MACHADO et al., 2014).

A escolha dos tipos de alimentos a serem ofertados a criança durante a IA pode influenciar no estado nutricional, interferir em suas preferências e aversões alimentares na fase adulta e ocasionar o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Vale ressaltar que, caso esse processo ocorra de forma precoce ou tardia pode desenvolver quadros de infecções gastrointestinais e patologias como déficit nutricional, respectivamente (MARINHO et al., 2016; SHINCAGLIA et al., 2015).

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os 06 meses estendendo-se até os 02 anos ou mais, juntamente com a introdução de alimentos complementares de forma equilibrada e no tempo recomendado são citados como medidas importantes de saúde pública com a função de reduzir o risco de desenvolvimento de patologias futuras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE).

Sabe-se que a IA está envolvida em vários processos como crescimento, desenvolvimento, influência no desenvolvimento do sistema imunológico e digestivo de forma a impactar no bem estar favorecido por uma vida saudável. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de informação dos responsáveis pelas crianças com idade entre 6 e 24 meses da Creche Municipal Zeferina Gaudêncio localizada na cidade de Campina Grande - PB.

## **1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1.1 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, DESMAME PRECOCE E O INÍCIO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

Vários fatores podem influenciar no desmame precoce dentre os quais o principal é a falta de conhecimento sobre a relação custo X benefício em relação ao AME e as fórmulas infantis (VIEIRA et al., 2013).

A alimentação complementar é considerada um processo natural e de grande importância tendo em vista as necessidades comportamentais e fisiológicas da criança durante o período entre seis meses e dois anos de idade. Desta forma, introdução alimentar deve ocorrer de forma lenta e gradual levando em consideração a qualidade nutricional e a consistência do alimento ofertado à criança (DIAS et al., 2010).

A partir dos 06 primeiros meses de vida a criança já está apta a receber uma diversidade de alimentos como, por exemplo, os cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e verduras. Inicialmente recomenda-se que o alimento seja oferecido na forma pastosa até que seja aceito na forma sólida como a própria refeição da família. Desta forma, enquanto é realizada, a introdução alimentar, se torna imprescindível a atenção dos pais não somente ao que é ofertado como também ao que é aceito pela criança a fim de evitar traumas e rejeições por parte da mesma (BRASIL, 2013; MAHAN et al., 2013).

### **1.2 A IMPORTÂNCIA DE UMA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL**

A introdução alimentar quando realizada de forma saudável traz consigo amplos benefícios à saúde como, por exemplo, a profilaxia de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, desnutrição e até mesmo a deficiência de micronutrientes essenciais. A oferta do suco da fruta natural entre as mamadas e a oferta de um tipo de fruta ao natural ou vegetal é importante para o crescimento saudável da criança (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da saúde, 2013, deve-se ter a atenção durante os dois primeiros meses de IA devido aos riscos de alergias, intolerâncias ou não aceitação dos alimentos por parte da criança. Também é recomendada a introdução de frutas ricas em Vitamina A (amareladas ou alaranjadas) e as ricas em Vitamina C, logo após as refeições, para ajudar na absorção do ferro presente nos outros alimentos. Vale ressaltar ainda que as frutas devem ser oferecidas “in natura”, amassadas no garfo e sem adição de açúcar já que este só poderá ser oferecido de forma moderada a partir de 1 ano.



### **1.3 INTRODUÇÃO ALIMENTAR INADEQUADA E O DESENVOLVIMENTO DE PATOLOGIAS**

Apesar deste quadro ser evidente continua sendo notória a oferta de alimentos não recomendados como os industrializados. Desta maneira, deve-se evitar açúcar, café, chás, enlatados, refrigerantes, embutidos, frituras, salgadinhos, refrescos em pó, temperos prontos, margarinas, achocolatados, bolacha recheada, bala e outras guloseimas, pois esses alimentos contêm corantes e conservantes os quais estão associados à obtenção de cáries, anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares. Também são hiperenergéticos e prejudiciais ao crescimento da criança que ainda está em processo de desenvolvimento, além disso, existem algumas substâncias que estão presentes na maioria desses alimentos que podem atuar impedindo a digestão e absorção de nutrientes que são benéficos à saúde. (DALLAZEN et al., 2017).

### **1.4 APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E DA INTRODUÇÃO ALIMENTAR SAUDÁVEL PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

O profissional da saúde tem papel fundamental e conhecimentos específicos acerca das informações a serem passadas tanto sobre o AME, quanto o período e a forma indicada para que seja realizada a introdução alimentar, bem como existem ações de incentivo como sendo promotoras à saúde que devem ser realizadas a partir do pré-natal estendendo-se ao acompanhamento pediátrico disponibilizando através dos profissionais o esclarecimento acerca de todas as dúvidas a respeito do tema. (ALMEIDA et al., 2015)

Algumas dessas estratégias podem ser tomadas pelo profissional da saúde para que não haja interrupção do AME, dentre elas, destaca-se a realização de grupo de apoio à amamentação e visitas domiciliares, orientação sobre a importância do início precoce da amamentação exclusiva, da livre demanda e sobre os riscos do uso de bicos artificiais, a orientação quanto à pega, posição, ordenha e contracepção, e até mesmo o apoio emocional às mães durante este período. (OLIVEIRA, 2002).

## **2 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de corte transversal e abordagem qualitativa e quantitativa.

O estudo foi conduzido entre março e novembro de 2018. Neste período a instituição contava com 40 crianças matriculadas e dentro da faixa etária. Destes, 24 não frequentavam o local ou saíram da faixa etária proposta para critério de inclusão no ato da coleta de dados. Desta forma, não houveram recusas. A amostra apresentou quantidade significativamente inferior do que a prevista justificado pelas desistências no decorrer do período letivo.

Realizou-se o convite aos responsáveis para participarem do estudo considerando-se as crianças com faixa etária de 06 a 24 meses de idade. Destaca-se como critério para escolha dos participantes aquelas que, por hora, estivessem matriculadas e frequentando regularmente a instituição, totalizando o número de 16 crianças.

Para realização deste estudo, os responsáveis foram entrevistados mediante aplicação de uma anamnese infantil padronizada e adaptada de Toddler DI (2018) exclusivamente para a pesquisa constituída de questões objetivas e subjetivas.

Foram investigadas as seguintes variáveis:

Aspectos funcionais:

- histórico patológico familiar (Diabetes, Obesidade, Hipertensão, Cardiopatias, Hipercolesterolemia, Tabagismo)

- como está o processo de dentição da criança (iniciou-se no tempo correto, existe dificuldade para mastigar por causa do nascimento dos dentes)

- faz acompanhamento com pediatra (sim ou não)

Relativas à alimentação:

- o desmame já foi iniciado (sim ou não)

- normalmente, durante o dia, a criança: sente fome e pede pra comer, só come distraído, não segue horários fixos, um adulto tem que incentivá-lo, come sempre nos mesmos horários.

- a criança faz uso de copo com bico, copo sem bico, colher pequena, garfo pequeno, faca pequena, mamadeira.

- com que frequência a criança consome frutas, suco in natura, verduras, legumes, produtos integrais, peixes, carnes, soja ou derivados, leite ou derivados, biscoitos industrializados, refrigerantes, frituras.

- qual a consistência das refeições (sólida, líquida, pastosa)

- com que costumam ser adoçadas as bebidas (açúcar branco, açúcar mascavo, adoçante, karo, mel, outros).

- costuma consumir produtos industrializados com corantes? (sim ou não)

- a oferta de água já foi iniciada? (sim ou não)

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel 2007<sup>®</sup>. Inicialmente, as variáveis foram expressas em frequências e/ou média, desvio-padrão e porcentagem.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento – PB (CESED-PB) sob o parecer de número 92055118.4.0000.5175.

Após a pesquisa e análise dos dados coletados foi realizada uma palestra com objetivo de orientação nutricional para esclarecer todas as dúvidas a respeito do tema.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade infantil foi de 1,38 anos (desvio-padrão: 0,39) sendo que 15 (93,75%) encontravam-se entre 1 e 2 anos de idade. Destas, (81,75%) faziam acompanhamento com um pediatra.

Com relação ao histórico patológico familiar percebe-se que as crianças possuem maior predisposição devido aos riscos genéticos de obtenção de Diabetes Mellitus (DM), (n=10; 62,5%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), (n=8; 50%) e Tabagismo (43,75%). Já em menor proporção para Cardiopatias, (n=3; 18,75%), Hipercolesterolemia, (n=3; 18,75%).

Desta forma, um dos principais fatores que contribuem para maior incidência de patologias como DM e HAS é o fator genético. Sendo assim, o público alvo abordado no presente estudo apresenta maior propensão de adquirir essas patologias de forma que também poderão existir outros fatores contribuintes para este quadro sendo estes: sedentarismo, sobrepeso e tabagismo (REIS; CESARINO, 2014).

Em torno de 81,25% das crianças iniciaram o processo de dentição no tempo correto e 31,25% apresentam dificuldade de mastigação em decorrência desse processo sendo que 2 crianças também obtiveram atraso do início do nascimento dos dentes. Os resultados foram expressos na Tabela 1 (página seguinte).

Este estudo relatou que metade das crianças (n=8; 50%) já foram desmamadas e 13 (81,25%) fazem uso de mamadeiras. Assim sendo, pressupõe-se que dentre os diversos fatores que contribuem para o desmame também não existe conhecimento a respeito dos benefícios do aleitamento materno recomendado até os dois anos ou mais e que a utilização de bicos artificiais como a mamadeira estão diretamente ligados ao processo de desmame antes do período recomendado. (SANTOS et al., 2016; RODRIGUES; GOMES, 2014; BRASIL, 2013)

Corroborando com a pesquisa, os mesmos autores afirmam que a utilização de chupeta, mamadeira e bicos artificiais, que podem confundir a criança no momento da amamentação, em geral, vem sendo considerados fatores responsáveis por influenciar no desmame do aleitamento materno sendo. Para justificar esse quadro com a ideia de leite insuficiente, a introdução da alimentação complementar antes dos seis meses de idade e o retorno à jornada de trabalho das mães durante os dois primeiros anos de vida da criança.

A utilização de açúcares e semelhantes está presente na alimentação de boa parte das crianças, sendo o açúcar branco consumido por (n=14; 87,5%), mel (n=2; 12,5%) e açúcar mascavo (n=1; 6,25%).

Estudos confirmam que crianças com idade inferior a dois anos estão consumindo em quantidades não recomendadas bebidas adoçadas. Este fator está correlacionado com hábitos alimentares familiares já pré-estabelecidos e que o grau de escolaridade da mãe está diretamente ligado com este cenário, de forma que as mães com grau de escolaridade mais baixo possuem duas a três chances maiores de predisposição a oferecer produtos não saudáveis aos seus filhos do que as mães com grau de escolaridade maior (JAIME et al., 2017; BARTOLINI et al., 2015).

**Tabela 1** – Características relativas à criança, aspectos e relativas à alimentação e associação entre introdução adequada de alimentos complementares.

Variáveis	n(%)	Média	Desvio Padrão
Relativas à criança (Bloco1)			
Idade ( $\geq 6$ meses $\leq 24$ meses)	16 (100)	1,38	0,39
Faz acompanhamento com pediatra			
Sim	13 (81,25)		
Não	3 (18,75)		
Aspectos funcionais (Bloco 2)			
Histórico Patológico Familiar			
Hipertensão Arterial Sistêmica	8 (50)		
Cardiopatias	3 (18,75)		
Hipercolesterolemia	3 (18,75)		
Tabagismo	7 (43,75)		
Como está o processo de dentição da criança			
Iniciou-se no tempo correto	13 (81,25)		
Existe dificuldade para mastigar por causa do nascimento dos dentes	5 (31,25)		
Relativas à alimentação (Bloco 3)			
O desmame já foi iniciado			
Sim	8 (50)		
Não	8 (50)		
Com que costumam ser adoçadas as Bebidas			
Açúcar branco	14 (87,5)		
Açúcar mascavo	1 (6,25)		
Mel	2 (12,5)		
A oferta de água já foi iniciada?			
Sim	15 (93,75)	214,44 (mL)	228,32
Não	1 (6,25)		

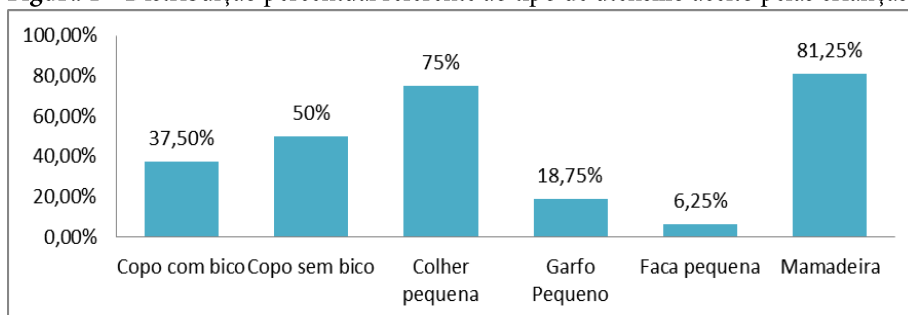
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

O presente estudo afirma que a oferta da água foi iniciada por 15 das mães, sendo excluída apenas 1 cuja idade seria 6 meses. Desta forma o consumo médio foi de 214,44mL/dia sendo que 5 delas ofertam diariamente em torno de 100mL. Logo, o estudo afirma que todas as crianças com mais de 6 meses de idade já recebem água durante o dia variando apenas pela quantidade ofertada que resulta em uma média inferior a recomendada.

Desta maneira, estudos apontam que se deve ter atenção quanto à oferta suficiente não só de todos os nutrientes adequados como também da água, que deve ser ofertada em torno de 700ml/dia entre os 0 e 6 meses se a criança não estiver recebendo o aleitamento materno exclusivo, de 800ml (incluindo leite materno, fórmula e alimentação complementar) entre 7 e 12 meses e de 1.3L para a faixa etária de 1 a 3 anos (900 ml como sucos, outras bebidas e água pura) (CUNHA, et al., 2015; WEFFORT, 2013).

Com relação a utilização de utensílios, (n=13; 81,25%) fazem uso de mamadeira, colher pequena (n=12; 75%), copo sem bico (n=8; 50%), copo com bico (n=6; 37,5%), garfo pequeno (n=3; 18,75%) e apenas (n=1; 6,25%) relatou fazer uso de faca pequena (Figura 1).

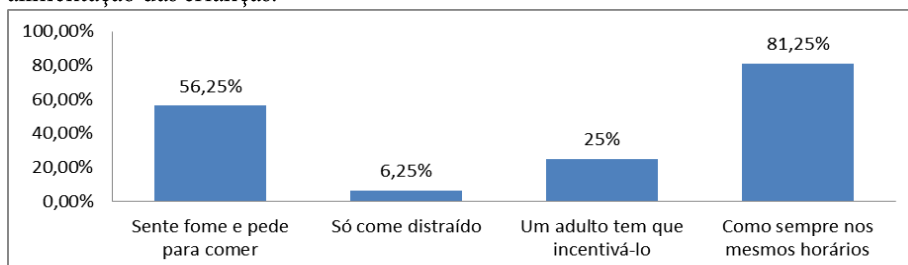
**Figura 1** – Distribuição percentual referente ao tipo de utensílio aceito pelas crianças.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018

De maneira geral, a maioria das crianças apresentaram rotina diária fixa com relação ao apetite. Desta forma, aquelas que sentem fome e pedem pra comer são (n= 9; 56,25%) e aquelas que comem sempre nos mesmos horários (n=13; 81,25%). Apenas (n=4; 25%) apresentaram necessitar de um adulto para incentivá-lo a comer e (n=1; 6,25%) só come distraído (Figura 2).

**Figura 2** – Distribuição percentual das necessidades fisiológicas relativas à alimentação das crianças.

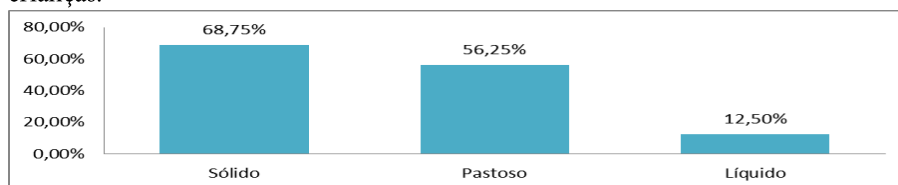


**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Confirmando os dados, estar presente em uma instituição como a creche durante a primeira infância faz com que as crianças adquiram uma maior independência de forma que, a maior parte já está adaptada à rotina e é capaz de se alimentar sozinha. Sendo assim, seguir os mesmos horários das refeições é de suma importância para que as crianças criem uma rotina diária com relação à alimentação. Desta maneira, a maior parte das crianças já está adaptada a este cenário. (LONGO-SILVA et al., 2012).

Somado a isso, 50% das mães relataram já ter iniciado o processo de desmame do aleitamento materno. A aceitação referente à consistência da alimentação estava em maior prevalência para os alimentos sólidos (n=11; 68,75%) e pastoso (n=9; 56,25%), bem como, em menor quantidade para os alimentos na forma líquida (n=2; 12,50%) (Figura 3).

**Figura 3** – Distribuição percentual relativa a consistência das refeições aceita pelas crianças.



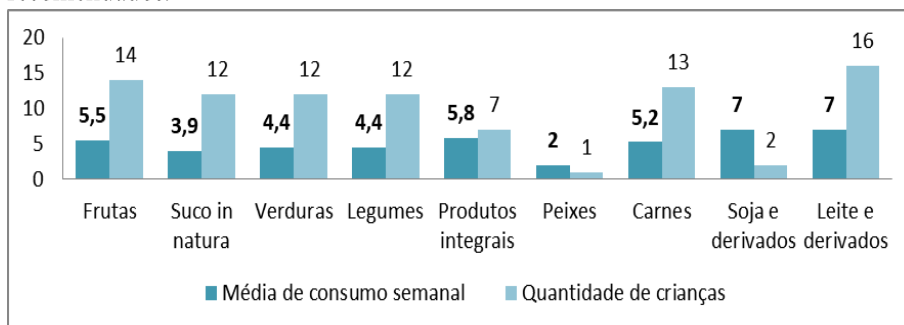
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

A evolução da consistência da alimentação foi considerada adequada levando em consideração que a média de idade das crianças estava em torno de 1,38 anos.

A consistência da alimentação da criança é primordial para seu desenvolvimento tendo em vista que deve acompanhar a refeição da família, sendo que na forma pastosa a partir dos oito meses de idade considerando que quanto mais espessa a refeição maior sua densidade energética (BRASIL, 2013).

A relação entre a distribuição média semanal do consumo alimentar e a quantidade de crianças variou conforme o tipo de alimento, sendo apresentado o consumo de frutas (87,5%), suco in natura, verduras e legumes (75%), produtos integrais (43,7%), peixes (6,25%), carnes (81,25%) soja de derivados (12,5%) e leite e derivados (100%) (Figura 4).

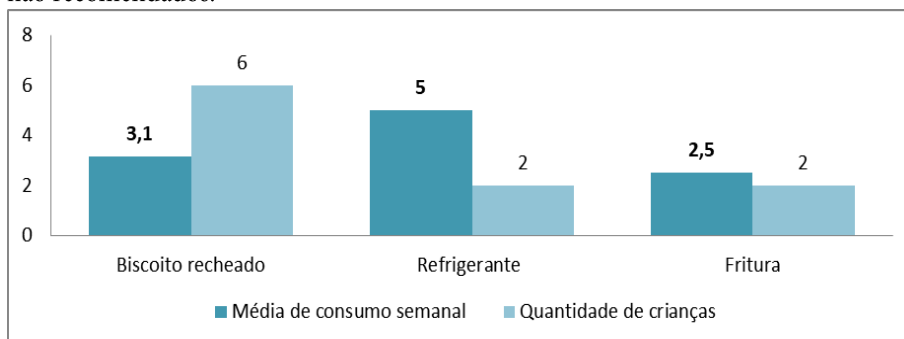
**Figura 4** – Relação entre a distribuição média semanal do consumo alimentar e a quantidade de crianças em aleitamento materno e desmamadas, segundo alimentos recomendados.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Somado a isso, também foram observados o consumo de alimentos considerados inadequados, porém em menor proporção com relação à quantidade de crianças. Sendo, biscoito recheado (37,5%), refrigerantes (12,5%) e frituras (12,5%) (Figura 5).

**Figura 5** – Relação entre a distribuição média semanal do consumo alimentar e a quantidade de crianças em aleitamento materno e desmamadas, segundo alimentos não recomendados.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Algumas mães também relataram ofertar alimentos como balas, pipoca, achocolatado, pão, suco de caixa e iogurte, com exceção de duas mães, porém não notou-se relação desse índice com a idade da criança, tendo em vista que a maioria já havia iniciado o processo de IA.

Alimentos industrializados e com alto teor de açúcar e corante também foram relatados como sendo ofertado pelos responsáveis, porém para uma

quantidade inferior de crianças e com menor frequência, exceto por alimentos não detalhados na anamnese alimentar e citados de forma aleatória pelos pais.

A introdução alimentar vem sendo influenciada por diversos fatores dentre os quais se destacam a falta de conhecimento acerca da forma correta de manuseio e administração dos alimentos complementares além dos conceitos equivocados a respeito do alimento ofertado (OLIVEIRA, 2018).

Estudos indicam que alguns fatores como o consumo de frutas e alimentos fonte de ferro como a carne são fatores que beneficiam a alimentação complementar, porém, em contrapartida o consumo de alimentos industrializados desfavorecem esse quadro. Desta forma, torna-se necessário ações de profilaxia para converter este cenário a fim de orientar e promover educação nutricional (SOUZA et al., 2016).

#### 4 CONCLUSÃO

O conhecimento materno ao que se refere à alimentação complementar aumentou de forma significativa nos últimos tempos, entretanto, com o avanço das informações a respeito do tema o estudo revelou que a oferta de produtos saudáveis está presente em maior proporção, apesar disso percebe-se que alimentos industrializados com alto teor de corante e açúcares também permanecem existentes na alimentação das crianças durante a primeira infância.

Desta forma, torna-se essencial a realização de ações voltadas a orientação dos responsáveis a fim de mudar este quadro levando educação nutricional para quebra de tabus e dúvidas a respeito do tema.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Jordana Moreira; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 33, n.3, p. 355-362, jun./out., 2015.

ANAMNESE ALIMENTAR INFANTIL. Disponível em: <[docplayer.com.br/16535623-Anamnese-alimentar-infantil.html](http://docplayer.com.br/16535623-Anamnese-alimentar-infantil.html)>. Acesso em: 7 mar. 2018.

BORTOLINI, Gisele Ane; VITOLO, Mácia Regina; GURBERT Muriel Baurenann; et al. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2413-2424, nov. 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves; LEITE, Álvaro Jorge Medeiros, ALMEIDA; Isabela Sarraiva. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, v. 91, p. 44-51, 2015.

DALLAZEN, Camila; SILVA, Sara Araújo; GONÇALVES, Vivian Siqueira Santos. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de saúde pública**, v 34, n. 2, p. 1-13, 2018.

DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de nutrição**, Campinas, v 23, n.3, p. 475-486, maio/jun., 2010.

JAIME, Patricia Constante, PRADO; Rogério Ruscintto; MALTA, Deborah Carvalho. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. **Rev Saude Publica**. 2017;51Supl 1:13s.

LONGO-SILVA, Geovana; TADDEI; José Augusto de Aguiar Carrazedo; KONSTANTYNER, Tulio; et al. Percepções de educadores de creches acerca de práticas cotidianas na alimentação de lactentes: impacto de um treinamento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 2, p. 545-552, abr./ago. 2012.

MACHADO, Adriana Kramer Fiala; ELERT, Vanessa Winkel; PRETTO, Alessandra Doumid Borges. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 19, n. 7, p. 1983-1989, abr/jul. 2014.

MACHADO, Rosivani Rodrigues. **Aleitamento materno suas vantagens e as orientações de enfermagem.** Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis/2014.

MARINHO, Leticia Maia Forte; CAPELLI, Jane de Carlos Santana; ROCHA, Camilla Medeiros Macedo; et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e

24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 21, n.3, p. 977-986, 2016.

OLIVEIRA, Dayane Da Silva. **Conhecimentos Maternos Sobre Alimentação Complementar De Crianças De 0 A 2 Anos No Município De Itabaiana-Se.** DISSERTAÇÃO (Bacharelado em Medicina) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, Lagarto, p. 49, 2018.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v 5, n. 1, 2002.

REIS, Andréia Francesli Negri; CESARINO, Claudia Bernardi. Fatores de risco e complicações em usuários cadastrados no hiperdia de são josé do rio preto. **Cienc Cuid Saude**, [S.L], v. 15, n. 1, p. 118-124, jan./mar. 2014.

RODRIGUES, Nathália De Abreu; GOMES, Ana Cecília De Godoy. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enfermagem Revista**, [S.L], v. 17, n. 1, p. 30-48, dez./jan. 2013.

SANTOS, Floriacy Stabnow; SANTOS, Leonardo Hunaldo;SALDAN, Paula Chuproski; et al. Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, [S.L], v. 25, n. 1, p. 1-8, fev./set. 2016.

SCHINCAGLLA, Raquel Machado; OLIVEIRA, Amanda Cristine; SOUSA, Lucilene Maria; MARTINS, Karine Anusca. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v 24, n. 3, p.465-474, jul/set., 2015.

SOUZA, Julia Beatriz De Paiva Guimarães; MENDES, Larissa Loures; BINOTI, Mirella Lima. Perfil do aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos atendidas em um centro de referência da cidade de juiz de fora - mg. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 67-76, jan./mar. 2016.

WEFFORT, Virgínia Resende Silva. Importância da nutrição adequada na primeira infância. **Pediatria moderna**, v. 46, n. 6, p. 201-204, jun. 2013.

## PSICOLOGIA SOCIAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: ALGUMAS REFLEXÕES DO PROCESSO DE ADOECIMENTO PSÍQUICO NA ADOLESCÊNCIA

*César Ferreira da Silva  
Rodrigo Augusto Mathias*

*Não sou verdadeiramente livre se estou a tirar a liberdade a alguém,  
tão certamente quanto não sou livre quando me é roubada a minha humanidade.  
Tanto o oprimido quanto o opressor são espoliados da sua humanidade.  
(Nelson Mandela)*

### 1- INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de descobertas, de questionamentos e de contestações, além de ser um momento de grandes mudanças em variados aspectos na vida do indivíduo, o que o torna ainda mais suscetível ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas, pois como citado por Rassial (2005), essa é uma idade das experiências, de tentar experimentalmente, re-construir um mundo no qual sua lógica é colocada em causa, sendo que algumas experiências podem se tornar perigosas, como o caso do uso do álcool e de outras drogas.

O uso de substâncias, algo que é discutido mundialmente, faz parte da nossa e de outras sociedades por séculos, já que o seu uso é uma prática conhecidamente antiga, porém nos tempos atuais há uma maior discussão sobre o assunto, pois se tornou um grave problema social e de saúde pública, sendo então de grande preocupação a nível mundial, além de ser alvo de debates multidisciplinares em todos os âmbitos. Através das longas discussões a respeito do consumo e comercialização de drogas ilícitas, no Brasil a partir de 1940 o Código penal Brasileiro decide penalizar aqueles que a comercializam, a fim de amenizar os impactos que esse consumo estava trazendo a sociedade (PEDRINHA, 2008).

Na adolescência pode-se entender que o uso de substâncias se faz devido aos questionamentos sem respostas e as aspirações que não foram imediatamente encontradas (TORRES, 2005), além também de ser um momento em que o indivíduo está à procura de encontrar o seu espaço e a sua identidade, e para que isso ocorra se insere em grupos, ou seja, entende-se que o contexto social é uma influência para comportamentos considerados de risco que levam ao consumo de substâncias (BROECKER; JOU, 2007), e muitas vezes a dependência química. No que cerne o contexto social, pode-se também dizer que a família é uma grande influenciadora para o início do uso de substâncias, pois em sua maioria, ela é responsável por apresentá-las ao adolescente (BROECKER, JOU, 2007).

Para o tratamento da dependência química, há na rede diversos serviços que prestam atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, como o CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, que atende inclusive os adolescentes que estejam passando por esse problema, há dentro desse serviço uma equipe técnica contendo uma série de profissionais capacitados para atender e cuidar desses indivíduos, no qual o Psicólogo faz parte, ali o seu trabalho, feito juntamente com todos os outros profissionais, se resume, através de uma escuta aguçada, acolher, atender psicoterapeuticamente, ajudar nos momentos de crise, entre outros, sendo acima de tudo ético no seu trabalho (CREPOP, 2013).

## **2- DESENVOLVIMENTO**

### **2.1- Algumas Considerações sobre a Adolescência**

O período que vai além da infância, mas que antecede a fase adulta é denominado de adolescência, essa fase pode variar de cultura para cultura e de geração para geração, sendo assim, conceituada de formas diversificadas. A lei de número 8.069, de 13 de Julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 2º da constituição considera a adolescência o período ao qual se predomina entre os doze e os dezoito anos, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), ela é um período biopsicossocial, que ocorre entre os dez e os vinte anos.

É possível afirmar que se trata de uma fase de grandes mudanças, sejam elas psíquicas e corporais, que ocorrem em torno de um ser em pleno desenvolvimento, e mais do que isso, além das grandes mudanças internas, seu mundo externo também percebe esta transição e responde a isso, gerando conflitos, uma série de questionamentos e angústias. Outeiral (2008) nos apresenta esta fase enquanto um fenômeno psicológico e social e nos traz o conceito de adolescência como um processo de aptidão para o crescimento, que é marcado por sofrimento emocional e desamparo. Este sofrimento é consequência de muitas perdas em que o adolescente é acometido e o desamparo refere à sua nova condição e em muitas vezes, a incompreensão destas mudanças, tanto por si mesmo, quanto pelos que o cercam, fazendo ponte à busca por seu espaço e lugar no mundo.

Pode-se dizer que a inserção do adolescente no mundo social adulto com todas as mudanças em suas vivências, são capazes de definir sua personalidade e ideologia contribuindo para a elaboração dos lutos vivenciados em relação ao corpo, identidade infantil e em relação aos pais da infância. Nesta fase de tantos desajustes e transições podemos observar aspectos importantes nas relações estabelecidas pelo adolescente em seu meio social (Aberastury e Knobel, 1981).

De acordo com Laguardia (2011) a formação de grupos é essencial na adolescência, pois os mesmos podem oferecer novos significantes com os quais os adolescentes venham a se identificar, favorecendo a inscrição social. A inserção do adolescente no mundo social se dá a partir das vivências que se estabelecem nesta

fase, a adesão a grupos de amigos, com interesses em comum, o faz sentir pertencido ao meio.

Para finalizar o conceito de adolescência, de acordo com o novo dicionário de Língua Portuguesa, a adolescência é um período na vida humana que está entre a puberdade e a virilidade, isto é, período em que ocorre uma transição entre a infância e a vida adulta.

## **2.2- Dependência Química “A Droga”**

O uso abusivo de substâncias químicas, seja elas lícitas ou ilícitas, ou seja, legalmente e ilegalmente disponíveis no mercado, tem fomentado diversos debates, discussões e reflexões, afinal existe uma preocupação a nível mundial quanto a este fenômeno e, apesar das drogadições partirem de uma prática antiga e habitual na história da humanidade, atualmente trata-se de um grave problema de saúde pública e, em outros aspectos, é também um problema de ordem social.

De acordo com o citado pelo Glossário de Álcool e Drogas (BRASIL, 2004), a palavra droga possui diversos significados, ela pode significar medicamento ou remédio e ser compreendida como qualquer substância que possa vir a modificar o funcionamento do organismo produzindo alterações fisiológicas resultando em mudanças das funções do corpo ou do comportamento, porém, nos dias atuais a definição mais usada para dar um significado à palavra droga, é a usada pela OMS (2008) que define droga, como qualquer substância, que não é produzida pelo organismo, que possui a propriedade de atuar sobre um ou mais de seu sistema e produzir alterações em seu funcionamento.

As drogas são classificadas conforme os efeitos causados no organismo do indivíduo, sendo sua classificação divididas em depressoras, que afetam o Sistema Nervoso Central (SNC) e reduzem o seu funcionamento; e as estimulantes, que afetam o SNC, porém, aceleram o seu funcionamento; e as alucinógenas, afetam o SNC, causando uma perda da noção de tempo e espaço, criando uma confusão mental e também quadros psicóticos (NOGUEIRA, 2014).

Quando se refere à dependência causada por substâncias, o Glossário de Álcool e Drogas (BRASIL, 2004), a coloca como sendo “a necessidade de repetidas doses da droga para sentir-se bem ou para evitar sensações ruins” (p. 49), se referindo também que a dependência diz respeito aos elementos físicos e psicológicos, sendo que o elemento físico faz alusão à tolerância as substâncias ingeridas e aos sintomas de abstinência causado no organismo pela falta destas, e o psicológico nada mais é do que a vivência de controle prejudicado sobre o uso de drogas ou sobre o beber.

Para melhor esclarecer o que é a dependência química e qual função ela por fim possui para o usuário, Nogueira (2014) explica que a dependência é a: “Situação em que o organismo e a mente já se acostumaram tanto com a droga que a pessoa funciona melhor sobre seu efeito. Ele tem “fome” da droga.” (NOGUEIRA, 2014, p.12).

Sendo explicado também, que a dependência química é a “doença da ausência de fala” (NOGUEIRA, 2014, p. 52), isto é, o sujeito utiliza da droga para poder se expressar de alguma maneira.

### **2.3- Breve histórico das Dependências Químicas no Brasil**

O uso e abuso de substâncias químicas foi e ainda é um tema bastante discutido em nossa sociedade. Escotado (2009) defende que o uso de substância psicoativa sempre esteve presente em todas as sociedades e épocas, sendo utilizados em rituais religiosos, atos sagrados, por curandeiros e por recreação em atividades lúdicas. No Brasil o uso de drogas, como maconha, cocaína e LSD, teve seu início na década de 70, junto aos movimentos políticos e eram consumidas principalmente por jovens de classe média, hoje com o acesso fácil as drogas, jovens de todas as classes, são consumidores destas e de outros novos tipos de substâncias.

Historicamente temos o uso e abuso de algumas substâncias como fator para desqualificação moral e social da sociedade em relação aos usuários, sendo assim, a marginalização, o estigma e o preconceito se difundiram a partir desta visão concebida culturalmente para com os usuários dos mais diversos tipos de substâncias.

Na cartilha do CREPOP (2013) temos a historicidade da drogadição apresentada, sendo possível observar a criminalização de algumas das principais substâncias no século XX, pautados no interesse da preservação da juventude pertencente às classes mais altas da sociedade, pois eram tidos como o “futuro da nação”, e desta forma poderiam perder o controle de suas vidas ao se renderem aos vícios e assim, prejudicando o bom funcionamento econômico do país.

De acordo com Pedrinha (2008) foi realizado em 1912 a Conferência Internacional do Ópio, que foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas, onde vários países se uniram para discutir a questão da criminalização do tráfico de drogas, o Brasil também aderiu ao acordo, pois foi entendido que as drogas eram mais do que um problema de saúde, tratava-se de um problema social e de segurança pública também, até que em 1940 o Código Penal Brasileiro decide não criminalizar o consumo, apenas a sua venda. Desta forma, seguindo uma visão higienista, os traficantes seriam penalizados e os usuários internados compulsoriamente. Passado os anos, as proporções que este abuso tomou, assim como as suas consequências tem sido alvo de muita discussão em debates, na mídia, em âmbito social, escolar e familiar.

### **2.4- Dependência Química e a Adolescência**

A adolescência é a idade das experiências, no sentido forte, sendo algumas mais perigosas do que outras (RASSIAL, 2005). As primeiras experiências com substâncias lícitas e ilícitas ocorrem com certa frequência entre os adolescentes, por ser uma fase em que o indivíduo está se descobrindo enquanto ser, através de questionamentos e contestações. O ato de recorrer às drogas apresenta-se conforme o

citado por Torres (2005), como uma solução para todas as respostas as suas necessidades e aspirações que não foram encontradas, também funcionando como uma válvula de escape, já que “dão a ilusão de que todos os problemas vividos por eles foram resolvidos ou superados” (TORRES, 2005).

Além, de ser como afirmam Broecker e Jou (2007), uma fase que “[...] As influências do contexto social, somadas ao fato da adolescência ser uma época de experimentações, levam ao aparecimento de comportamentos de risco, entre eles, o uso de drogas lícitas e ilícitas (BROECKER; JOU, 2007, p. 269). As autoras, ainda citam que um dos fatores que causam a dependência química nessa faixa etária se encontra nos laços familiares, pois muitas vezes é através da família que o jovem tem seu primeiro contato com substâncias, sendo o álcool a principal delas. Citando inclusive, que o papel da família é “marcante no desenvolvimento do adolescente, e consequentemente, na relação álcool e outras drogas” (BROECKER; JOU, 2007, p. 270).

É dito por Torres (2005), que se ocorrer um certo desequilíbrio na homeostase familiar, o indivíduo ao chegar no período da adolescência, poderá fazer uma tentativa de estabilizar essa família, por meio do uso de substâncias.

O uso das drogas pelos adolescentes, principalmente as primeiras experiências, e em particular o uso da maconha é realizado em grupos, mas também, encontra-se de forma solitária, em especial no uso de substâncias como heroína. É buscado pelo adolescente no grupo um status social que a sociedade não lhe concede, e por um outro lado, tenta afirmar a sua individualidade, se isolando (RASSIAL, 2005).

Em relação à dependência química no adolescente, encontra-se uma diferença da verificada no adulto, tanto pela quantidade de consumo, substâncias utilizadas, quanto ao prognóstico, tendo também em cada jovem uma subjetividade em relação à droga, única e singular (TORRES, 2005), porém é visto que esta é uma condição multifatorial com interações que impactam a vida do indivíduo em diversas dimensões, ou seja, prejudicam a vida em questões familiares, escolares, relacionamentos interpessoais, entre outros (MONTEIRO, *et al*, 2016).

### **2.5- Serviços da rede no Tratamento da Dependência Química**

A dependência química tornou um problema sério de saúde pública, exigindo da rede ações e serviços adequados, articulados e resolutivos frente a esse problema, principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), através da reforma psiquiátrica na saúde mental, Lei Federal nº.10.216/2001, esse problema ganhou visibilidade das políticas, ocorrendo uma priorização da rede de cuidados extra-hospitalares, havendo um esforço para contemplar a “atenção integral a saúde ao público diretamente envolvido com o consumo de drogas” (MONTEIRO, *et al*, 2016, p. 297).

Desta forma, atualmente são diversos os tipos de tratamentos existentes para a dependência química, mas sabe-se que para a sua efetivação é necessário que o

indivíduo perceba o seu problema, além de que como explicado por Laranjeira; Ribeiro (2010).

O tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de oferecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento social (LARANJEIRA; RIBEIRO, 2010, p. 24).

Esses tratamentos são classificados em psicológicos, por meio da psicoterapia; médico, através da medicação; grupos de apoio, como o AA – Alcoolicos Anônimos, NA – Narcóticos Anônimos, FA – Fumantes Anônimos, entre outros; religioso; e comunidades terapêuticas. Os serviços públicos ofertados na rede para esse tratamento são variados, os dispositivos mais utilizados pela população são o CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e droga ou Núcleo de Atenção Psicossocial, e as comunidades terapêuticas (CT's). Esses dispositivos devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam de outras redes sociais e outros setores para o seu funcionamento.

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – criados a partir da portaria GM 224/92 e regulamentado pela portaria nº 336/GM, que faz parte do SUS, é um serviço que visa acolher os pacientes que possuem algum tipo de transtorno mental, estimulando assim sua integração na sociedade e ambiente familiar, a fim de apoiar sua busca por autonomia e oferecer aos usuários atendimento médico e psicológico, também sendo um serviço de “saúde aberto e comunitário do Sistema único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2004). Há diferentes tipos de CAPS, o utilizado para o tratamento de dependentes químicos são denominados de CAPSad, ou seja, um serviço especialmente a população que sofre com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, nele se encontra leitos de repouso exclusivo para o tratamento de desintoxicação. Esse serviço surgiu em 2002 e desde então atende diariamente os pacientes que fazem uso prejudicial do álcool e outras drogas, nesse espaço é realizado um “planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua” (BRASIL, 2004), desenvolvendo variadas atividades que “vão desde o atendimento individual até os grupos ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares” (BRASIL, 2004). Além dos já citados, o CAPSad atua também de forma preventiva, planejando, implantando e implementando múltiplas estratégias para a redução dos fatores de riscos específicos e fortalecimento de fatores de proteção (BRASIL, 2004).

As Comunidades terapêuticas (CT's) surgiram nos Estados Unidos na década de 1950, com Charles Dederich, através da Synanon, que uniu os fundamentos do AA e outras influências filosóficas, seguindo a premissa da recuperação dos usuários de álcool e outras drogas por meio da mútua ajuda. No Brasil em maio de 2001, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, adotou a Resolução



de Diretoria Colegiada – RDC. 101/01, estabelecendo o regulamento técnico para funcionamento das CT's (FRACASSO, 2011), sendo estas caracterizadas como:

[...] serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado as necessidades de cada caso. (FRACASSO, 2011, p. 64).

Tendo como objetivo o tratamento do transtorno individual, com propósito de transformar estilos de vida e identidades pessoais, possuindo como intuito a plena participação do indivíduo em suas atividades, ou seja, os que residem nas CT's assumem a responsabilidade pela recuperação dos seus companheiros, com o intuito de se manter recuperado. Suas localidades podem ser tanto na zona urbana como na zona rural (FRACASSO, 2011).

Esses serviços citados fazem parte da rede básica de saúde, sendo que a oferta de atendimentos aos dependentes químicos “se dê em todos os níveis de atenção do SUS” (MONTEIRO; ET AL, 2016, p. 297), em que se constrói uma múltipla rede de cuidados em saúde mental no qual o usuário possa acessar o sistema e contar com diferentes locais de apoio (MONTEIRO, et al, 2016).

### **2.6- Trabalho do Psicólogo com Adolescentes no CAPSad**

Apesar de haver um CAPS apenas para o tratamento de crianças e adolescentes comprometidos psiquicamente denominado de CAPSi, no qual recebem também adolescentes usuários de substâncias psicoativas (SPA), o responsável pelos cuidados desses indivíduos são os profissionais que atuam no CAPSad.

Os adolescentes que fazem o uso de substâncias são encaminhados para o CAPSad, o que não significa que estes aderem e permaneçam em tratamento, tornando um grande desafio para os profissionais que atuam nesse serviço, porém, é visto que o tratamento leva mudanças para o usuário, principalmente no que diz respeito a seu comportamento diante ao uso de álcool e drogas, e essas dependem da forma como o indivíduo enxerga a sua estada no serviço e de que maneira o profissional o atende (MANCILHA, 2015).

Dentro do CAPSad, o profissional da Psicologia atua juntamente com uma equipe técnica, formada por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, médico clínico, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, sendo o papel dessa equipe a “organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico” (BRASIL, 2004, p. 27).

O trabalho do Psicólogo está, através da escuta, em produzir subjetividades naqueles que ali se encontram, ou seja, o seu trabalho “incide menos sobre a cura de

uma doença ou sintoma e mais sobre a produção de subjetividade” (CREPOP, 2013, p. 83), sendo que estes “[...] não produzem apenas intervenções técnicas, mas antes disso disponibilizam acolhimento para dar suporte à travessia que o outro deve construir em sua experiência como sujeito humano.” (CREPOP, 2013, p. 83)

O Psicólogo, apresenta no CAPSad um conjunto de atividades como o acolhimento dos usuários que acabaram de chegar para o tratamento, faz-se uso das psicoterapias, atende-se em momentos de crise do paciente, faz-se a elaboração de planos individuais de cuidado, grupos, oficinas, busca-se a reinserção social do paciente, sendo que essas atividades são sempre discutidas em reuniões com a equipe técnica responsável (CREPOP, 2013).

A cartilha do CREPOP (2013) que se refere diretamente ao CAPS diz que especialmente no trabalho dentro do serviço, o psicólogo precisa saber inventar e ter a liberdade no momento de atuar, pois, ali o seu trabalho e de toda a equipe é realizado em grande parte pelas experiências cotidianas dos técnicos, usuários, familiares, não sendo então encontrados em referenciais teóricos.

É citado também o uso constante no tratamento do conceito de vínculo, que além de ser o melhor recurso e que melhor trata o sofrimento desses usuários, também é uma ferramenta que “reveste todos os recursos disponíveis e possíveis a serem utilizados de sentido terapêutico” (CREPOP, 2013, p. 98), além de ser o melhor para a melhora do adolescente.

Salienta-se que é realizado para cada caso que chega no serviço um projeto terapêutico singular, que irá “articular o sentido dos recursos colocados à disposição de cada um” (CREPOP, 2013, p. 98), portanto, Andrade, et al (2011) explica que esse projeto através da equipe técnica empreendem a construção de responsabilidade singular e vincular estável entre os profissionais da equipe e o usuário e sua família.

Quando se refere ao atendimento aos adolescentes que procuram esse serviço, seu tratamento não será diferenciado ao do adulto, sendo tratado de forma singular e único, porém é necessário que a equipe técnica e principalmente o profissional da psicologia, saiba construir para esse adolescente um ambiente que auxilie na continuidade do seu desenvolvimento, isto é, que saibam dar uma assistência de maneira interativa, participativa, sigilosa e privativa, além de considerar suas demandas singulares e pluridimensionais e priorizar uma atenção diferenciada a eles (MELLO, et al, 2017), evitando assim, uma não adesão por parte dessa população ao tratamento proposto.

### **3- METODOLOGIA**

Na realização dessa pesquisa, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, tendo como instrumento de pesquisa a leitura de artigos científicos e livros referentes ao tema abordado.

De acordo com Fonseca (2002) a pesquisa bibliográfica é:

## Pluralidade de Saberes

feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta. (FONSECA, 2002, p. 32).

Esse tipo de pesquisa favorece ao trabalho pelo fato de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 45). Foi realizado o levantamento através de bases de dados online como Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic), Scientific Electronic Library Online (SciELO), através de livros, cartilhas e estatutos, além de sites de legislações governamentais. Foram utilizados como critérios de busca as palavras-chaves drogas, adolescência e dependência química.

Foi definido então, como procedimento metodológico a pesquisa bibliográfica, por acreditar ser o tipo de pesquisa mais pertinente a atender às questões presentes nesta pesquisa e por entender, que “[...] é a metodologia que explicita as opções teóricas fundamentais, expõe as implicações do caminho escolhido para compreender determinada realidade e o homem em relação com ela”. (Minayo, apud LIMA; MIOTO, 2007, p. 39)

Em relação ao procedimento de pesquisa bibliográfica, que, por muitas vezes, vem aparecendo como revisão da literatura ou revisão bibliográfica, é muito importante compreender que o pesquisa bibliográfica já contempla também aspectos da revisão de literatura, como afirma Lima e Miotto (2007) no seguinte trecho:

Isto acontece porque falta compreensão de que a revisão de literatura é apenas um pré-requisito para a realização de toda e qualquer pesquisa, ao passo que a pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimento de busca por soluções atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38).

Sendo assim, a “pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto” (GIL apud LIMA; MIOTO, 2007, p. 40).

Já então definidos, portanto, os parâmetros metodológicos, obedecer-se-á ao primeiro pressuposto da pesquisa bibliográfica, procedendo com a leitura do material construído no levantamento bibliográfico, que de acordo com Lima e Miotto (2007), versa sobre a importância da leitura do material pesquisado.

No caso da pesquisa bibliográfica, a leitura apresenta-se como a principal técnica, pois é através dela que se pode identificar as informações e os dados contidos no material

selecionado, bem como verificar as relações existentes entre eles de modo a analisar a sua consistência (LIMA; MIOTO, 2007, p. 41).

Claro está, desse modo, que a pesquisa bibliográfica totalmente alinhada aos objetivos da presente pesquisa, permite dar total ancoramento teórico para poder vislumbrar respostas acerca das inquietações da proposta da presente pesquisa. Desta forma, e com tamanha inquietação, poder-se-á mais uma vez solidificar que a pesquisa bibliográfica possui envergadura teórica tal para dar conta da presente proposta de pesquisa. Lima e Mioto (2007), mais uma vez, podem reafirmar que:

[...] reafirma-se a pesquisa bibliográfica como um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas (LIMA; MIOTO, 2007, p. 41).

Ainda que todas possibilidades apresentadas pelo autor não sejam suficientes para trazer todas respostas acerca da compreensão dos fatores que levam adolescentes a usarem substâncias psicoativas, precisar-se-á sempre vislumbrar que o homem é um ser complexo e que está passando por constantes metamorfoses existenciais e que sempre novas questões irão surgir.

#### 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração deste trabalho, ficou claro que o uso de drogas lícitas e ilícitas faz parte do cotidiano há séculos, e que o consumo de tais substâncias muda de geração para geração e cultura para cultura, porém, em todas as sociedades esse assunto acrescentado da patologia que o cerca, vem sendo alvo de longos debates e estudos, em âmbito social, familiar, escolar e por profissionais da saúde.

Foi-se observado várias questões que se refere ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, principalmente no que diz respeito à maneira como devem ser tratados dentro do CAPSad pelos profissionais que ali se encontram, devendo principalmente deixar em ascensão a singularidade de todos que estão em tratamento, respeitando as diferenças individuais e preservando a subjetividade do sujeito a ser atendido.

No que cerne a população que foi público-alvo dessa pesquisa, conclui-se que as drogas lícitas e ilícitas chegam cada vez mais cedo na vida dos adolescentes, e que em muitos casos, se não a da grande maioria, são apresentados a essas substâncias pelos seus familiares, que talvez por ignorância, no sentido não ter o conhecimento necessário, desde a infância os acostumam ao contato com essas, em principal ao álcool. Vale lembrar também que o meio em que se está inserido, de certa forma pode sim influenciar neste processo, devido a falta de informação e conhecimento dos riscos os quais se está exposto com o contato direto a tais substâncias. Quanto ao tratamento, é necessário entender que para o adolescente ficar e aceitar ser tratado é preciso que os profissionais construam um ambiente que o deixe à vontade e

confortável, e que as atividades para com eles, sejam mais dinâmicas possíveis e mais próximas da realidade de cada um, respeitando seu processo individual e repertório para assimilação e interiorização do trabalho a ser realizado.

Em relação ao trabalho desenvolvido pelo profissional da Psicologia, compreende-se que este atua juntamente com uma equipe técnica, que elaboram um projeto terapêutico singular para cada caso atendido e discutem as melhores maneiras de lidar com a demanda do paciente. Desta forma, se faz necessário a capacitação e educação continua dos profissionais envolvidos, para que estes possam se adequar a novas demandas e assim compreender melhor a maneira de se articular a intervenção em cada caso.

Encontraram-se algumas dificuldades no momento de elaborar esse trabalho, principalmente para no encontro de referências relacionadas apenas ao tratamento de adolescentes dentro do CAPSad, já que em sua maioria o tratamento é feito de maneira igual para todos os usuários do serviço, porém, o objetivo proposto ainda no momento da execução da pesquisa foi alcançado. Ficando como sugestão para pesquisas posteriores, a pesquisa de campo, que poderá melhor explicar o tratamento dos adolescentes na dependência química e as maneiras como essas agem em seu organismo.

Pretendeu-se através desse trabalho uma ampliação dos conhecimentos daqueles que se interessam pelo assunto, além de auxiliar os profissionais da área da Psicologia na realização de um trabalho dentro de um CAPS, não somente em um CAPS específico, como citado nessa pesquisa.

### REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

BRASIL, LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Presidência da República Casa Civil, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)> Acesso em: 25 mai. 2017

BRASIL. **Glossário de Álcool e Drogas**. 2º edição, Brasília, 2010.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BROECKER, Carla Zart; JOU, Graciela Inchausti de. **Práticas Educativas Parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química**. Psico –UFS, v. 12, p. 269-279, 2007.

ESCOHOTADO, Antônio. **História elemental de las drogas**. Anagrama, 2009.

FONSECA, João José Saraiva. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. pág.32.

FRACASSO, Laura. **Comunidades Terapêuticas**. In: DIEHL, A. et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 61-69.

-

GIL; CARLOS, Antônio. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAGUARDIA, N. **A identificação na contemporaneidade: os adolescentes e as redes sociais**. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 12, mai. a out. 2011. Disponível em: <<HTTP://www.isepol.com/asephallus>> Acesso em 25 mai. 2017.

LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. **O Tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação, ambiente de tratamento**. Editora Casa Leitura Médica, São Paulo, 2010.

MANCILHA, Grasiella Bueno. **A Permanência de adolescentes no CAPSad – um olhar para a vulnerabilidade**. USP, São Paulo, 2015.

MELLO, Amanda de Lemos; et al. **Atendimento ao adolescente usuário de substâncias psicoativas: papel do centro de atenção psicossocial**. *Cogitare Enferm* v.1, 2017, p. 01-07.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; et al. **Rede de Saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas**. *Esc Anna Nery*, v. 20, p. 296-302, 2016.

PEDRINHA, Roberta Duboc. **Notas Sobre A Política Criminal De Drogas No Brasil: Elementos Para Uma Reflexão Crítica**. Conferência no XVII Encontro Preparatório do CONPEDI: Salvador-BA, 2008. Disponível em: <[http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta\\_duboc\\_pedrinha.pdf](http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf)> Acesso em 10 ago. de 2017.

PSICOLOGIA, Conselho Federal. **Documento De Referências Técnicas Para A Atuação De Psicólogas (Os) Em Políticas Públicas De Álcool E Outras Drogas**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://crepop.pol.org.br/novo/wp->

content/uploads/2013/12/CREPOP\_REFERENCIAS\_ALCOOL\_E\_DROGAS\_FINAL\_10.01.131.pdf> Acesso em: 10 ago. 2017.

PSICOLOGIA, Conselho Federal. **Documento De Referências Técnicas Para A Atuação De Psicólogos (Os) Em Políticas Públicas De Álcool E Outras Drogas: Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/12/CREPOP\\_REFERENCIAS\\_ALCOOL\\_E\\_DROGAS\\_FINAL\\_10.01.131.pdf](http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/12/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGAS_FINAL_10.01.131.pdf)> Acesso em: 10 ago. 2017.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php> Acesso em 30 de Agosto de 2017.

TORRES, Vanessa de Mello. **A Subjetividade da Dependência Química na adolescência**. Faculdade de Ciências da Saúde, 2005.

#### **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AA** – Alcoólicos Anônimos

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial ou Núcleo de Atenção Psicossocial

**CAPSad** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

**CAPSi** – Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

**CT's** – Comunidades Terapêuticas

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**FA** – Fumantes Anônimos

**NA** – Narcóticos Anônimos

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**RDC** – Resolução de Diretoria Colegiada

**SNC** - Sistema Nervoso Central

**SPA** – Substâncias Psicoativas

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## **POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS: O PAPEL DA FORMAÇÃO CONTINUADA NO DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

*Ruana Soares Ribeiro*

### **1-INTRODUÇÃO**

Este artigo tem como propósito apresentar uma reflexão acerca das políticas públicas para a formação continuada dos professores e sua importância para a melhoria da qualidade da educação, para tanto, usará o relato de experiência acerca da organização do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (PNAIC) no município de Casimiro de Abreu-RJ, ofertado aos educadores da rede municipal.

O trabalho, em um primeiro momento, procurou analisar as políticas públicas federais para a formação dos educadores, com o objetivo de compreender o alcance e as consequências dessas políticas na melhoria da educação pública. Dessa forma, foram estabelecidos os seguintes objetivos para orientar a pesquisa:

1) Identificar o que são Políticas Públicas educacionais e qual a sua importância dentro da educação;

2) Compreender o que é formação continuada e analisar a relação das políticas de formação inicial e continuada com os indicadores de qualidade para a educação básica;

3) Discutir a relevância dessas ações ou programas formativas quanto a prática docente e identificar possíveis falhas quanto ao desenvolvimento desses projetos.

Assim, com o intuito de respaldar as afirmações contidas neste artigo, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos: análise da legislação vigente, como por exemplo: a lei nº 9394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), com o objetivo de investigar algumas das políticas públicas federais que abrangem a temática da formação continuada do docente; leitura e análise de autores, tais como Gatti, Nóvoa, Candau Zeichner, entre outros, visando embasar teoricamente acerca da importância das Políticas Públicas de formação inicial e continuada para o desenvolvimento de uma educação de qualidade; visita a secretaria de educação com o objetivo de requerer informações, como: os dados municipais sobre as Políticas Públicas para Formação Continuada (como o PNAIC) e por fim, a elaboração de relato de experiência acerca da implementação do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa (PNAIC) no município de Casimiro de Abreu-RJ, ofertado aos educadores da rede municipal, com o objetivo de comparação entre as orientações federais acerca da implementação do PNAIC e a proposta ofertada aos profissionais de educação da rede.



## **2- OBJETIVOS E FUNCIONALIDADES DAS POLITICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS PARA FORMAÇÃO CONTINUADA**

Como docente da rede municipal de Casimiro de Abreu e graduanda em Pedagogia me propus a investigar os impactos das políticas públicas educacionais, principalmente no que tange a formação continuada para o desenvolvimento da educação municipal, tendo como objetivo analisar a relevância das políticas públicas municipais de formação continuada para a melhoria das práticas pedagógicas dos professores da rede e compreender a visão desses docentes acerca da criação e desenvolvimento desses programas.

A análise do processo de formação docente dos profissionais da educação do município de Casimiro de Abreu implica uma reflexão sobre a intenção educativa desta formação, cabendo o seguinte questionamento: o objetivo é a iniciação na profissão ou o desenvolvimento e o aperfeiçoamento profissional.

Nesse sentido, a formação inicial e continuada do docente se apresentam atualmente como um dos maiores desafios para o Plano Nacional de Educação, e o Poder Público precisa solucionar de maneira eficiente e com urgência este problema. A criação e execução de políticas públicas de formação inicial e continuada dos profissionais da educação é peça fundamental para o desenvolvimento científico e tecnológico da sociedade e, portanto, para o desenvolvimento do Brasil, pois a produção do conhecimento e a criação de novas tecnologias estão intrinsecamente vinculadas ao nível e a qualidade da educação pública.

Dessa forma, o educador que está em constante atualização possui maiores chances de superar os obstáculos impostos pelo sistema educacional, visto que através de suas reflexões atinge um pensar mais crítico acerca desses obstáculos, propondo soluções mais efetivas que revertam esse quadro.

A fim de iniciar as discussões, devemos antes rever alguns conceitos. Política pública é um termo que identifica um tipo específico de ações da política. As discussões e reflexões acerca das políticas públicas vêm conquistando um importante espaço nos últimos anos dentro da sociedade, e aliada ao avanço da democracia em diversos países, demonstra uma maior motivação popular para a participação nas questões governamentais, construindo assim ações que permitam que a governabilidade seja exercida.

Segundo Oliveira (2010), compreendemos por governabilidade todas as condições adequadas para que as nações se mantenham estáveis. São essas condições adequadas, enquanto atitudes de governos (sejam eles de âmbito nacional, regional/estadual ou municipal), que caracterizam as políticas públicas.

Dessa forma, observa-se que há uma gama de conceitos de políticas públicas, sendo que Azevedo (2003, p.1) relata um conceito mais objetivo, referindo-se as políticas públicas como “tudo aquilo que um governo faz ou deixa de fazer, bem como os impactos de sua ação ou omissão”. Assim, se um governo não pratica ação alguma em relação a uma situação relevante, este fato também se configura em uma política pública, pois envolveu uma decisão governamental. Podemos assim observar

que mesmo quando um governo decide não se mover a respeito da melhoria da educação, ele também está estabelecendo uma política pública educacional, pois essas ações terão impacto direto no desenvolvimento da sociedade a qual ele está sujeito e demonstram seu posicionamento acerca da questão política a ser discutida, no caso em questão a Educação.

Dentro dos principais objetos deste artigo, no que diz respeito às regulamentações e normatizações, os estudos de Gatti (2008) mostram que, depois da publicação da LDB 9394/96, houve um grande aumento de oferta e procura de formação continuada. Analisando os artigos da LDB de 1996, daremos ênfase a dois pontos que abrangem à formação continuada. O primeiro ponto aborda os conceitos formados acerca da formação continuada. Ela é considerada como capacitação em serviço (Art. 61, Inciso I); como aperfeiçoamento profissional continuado (Art. 67, Inciso II) e como treinamento em serviço (Art. 87).

O segundo ponto que podemos observar na LDB, diz respeito ao espaço ocupado pela formação continuada dentro das políticas públicas educacionais. A formação continuada é afirmada como direito do docente e como meio para a valorização da carreira do magistério, devendo ser garantida dentro dos estatutos e dos planos de carreira do magistério público (Art. 67).

Também são relatados nesse artigo os elementos que vão reger a valorização do magistério, como: o piso salarial profissional, a progressão funcional, as condições adequadas de trabalho e o aperfeiçoamento profissional continuado. Como se pode observar, a LDB alcançou uma grande vitória para os profissionais da educação, pois, ao mesmo tempo em que definiu os sistemas de ensino como responsável pelo desenvolvimento e oferta de programas de formação continuadas a seus educadores deu a ela um espaço entre as políticas públicas.

Ao mesmo tempo o Governo Federal foi incumbido de normatizar um programa de financiamento que garantisse a manutenção e o desenvolvimento da formação docente, valendo-se, de início, do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério (FUNDEF). Assim:

Embora a LDB ofereça amparo legal para o desenvolvimento da formação continuada, ela não se manifestou quanto aos princípios e procedimentos que esse tipo de formação deveria assumir. Além disso, a prerrogativa legal da formação continuada não é suficiente para garanti-la, pois, muitas vezes, são mínimas as condições que o professor dispõe para investir na sua formação. Dessa maneira, os espaços de estudos e reflexão coletiva, considerados de fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho pedagógico, acabam se transformando numa atividade não muito prazerosa, em uma sobrecarga de trabalho, em virtude das condições em que se efetiva o trabalho e a formação docente. (SANTOS, 2011, p.3).

Assim, a formação continuada deve, primeiramente, proporcionar espaços nos quais é possível aprofundar as discussões entre os profissionais da educação

acerca de como e por que os professores fazem o que fazem; seu objetivo deve ser, prioritariamente, educar profissionais para “serem pensadores autônomos e práticos reflexivos e para que estejam comprometidos com a educação de alta qualidade para todos os estudantes” (ZEICHNER, 1998, p. 227).

A formação e a reflexão crítica sobre o trabalho docente nas instituições de ensino são situações importantes para a produção de saberes voltados para a solução dos problemas que dificultam o sucesso do processo de ensino-aprendizagem, pois o professor está intrinsecamente ligado a todo esse fazer pedagógico e, como tal, possui opiniões, conhecimentos e reflexões diferenciadas e substanciais a serem ouvidos e considerados.

Logo a formação continuada, deve buscar entender o processo de desenvolvimento da prática docente de maneira ampla, tendo plena consciência das influências as quais a escola está sujeita, das condições materiais de trabalho, bem como do contexto social e econômico a que estão inseridos esses educadores quando em exercício de suas funções.

A formação continuada deve ter como referência a prática docente e o conhecimento teórico que possa auxiliar o desenvolvimento de tais práticas. A articulação teoria e prática, necessária na formação inicial é fundamental na formação continuada, pois serve de alimento ao conhecimento alcançado com observações do cotidiano escolar, levando assim à construção de novos saberes.

Assim, a prática pedagógica transpassa a questão de ser reconhecida como mero campo de trabalho braçal, sendo reconhecida também a sala de aula como um campo de produção do conhecimento, na medida em que a atividade profissional envolve aprendizagens que vão além da simples aplicação do conteúdo que foi estudado e os saberes construídos no fazer cotidiano passam valorizados como agentes de transformação social. Dessa forma a formação continuada deve voltar-se para a atividade reflexiva e investigativa, incorporando aspectos da diversidade e o compromisso social com a educação e a formação socialmente referenciada dos estudantes (DAGA; ALCÂNTARA, 2006, p.5, Apud MEC, 2005).

Segundo Gatti (2008), a melhoria da qualidade do sistema educacional passa, portanto, necessariamente, pela transformação do professor, fazendo com que a formação inicial e continuada seja vital para que esse processo se torne concreto frente às rápidas transformações que ocorrem na estrutura da sociedade, devendo esses projetos objetivar também a valorização do magistério, incluso num conjunto de medidas que abrange a melhoria nas condições de trabalho, piso salarial digno, planos de cargos e de carreira.

Torna-se inviável continuar pensando em formar docentes com teorias pedagógicas irrelevantes ao seu cotidiano, teorias essas que diariamente se tornam obsoletas, centradas em ideais totalmente incondizentes com o momento histórico atual. Trabalhar desta maneira é desconsiderar completamente as mudanças pelas quais o mundo contemporâneo está passando, e os novos recursos e dispositivos que

fazem parte da realidade dos alunos de hoje. Identificar os atuais processos de aquisição e construção do conhecimento é vital para superar o fracasso escolar.

Não estamos menosprezando a relevância dos investimentos para incentivar a prática da formação continuada, mas ainda se faz necessário ampliar os debates acerca do papel do professor dentro das políticas de formação continuada que estão sendo implementadas, não cabendo mais ao docente somente o papel de expectador e cursista.

Ao apontar uma educação dialógica, estamos defendendo também o direito do profissional da educação de participar da construção de seu próprio conhecimento acerca das práticas pedagógicas por ele postas em prática. Cabe também ao educador o direito de cooperar na criação e implementação das políticas de formação continuada, indicando quais os principais desafios por ele enfrentados em sala, e ainda, que tipo de formação o auxiliaria a sanar tais dificuldades. Permanece aqui a defesa da profissionalização dos professores, desde que essa esteja condicionada a uma formação inicial e continuada de excelência e a melhoria de suas condições de trabalho.

### **3-PNAIC (PACTO NACIONAL PELA ALFABETIZAÇÃO NA IDADE CERTA): COMO SUA APLICABILIDADE SE REFLETE NO COTIDIANO DO DOCENTE? RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Como já relatado anteriormente, atuo como docente da rede municipal de Casimiro de Abreu há quatro anos e observando a grande evasão nos cursos de formação continuada oferecidos pela prefeitura, me propus a investigar os impactos das políticas públicas educacionais, principalmente no que tange a formação continuada e suas consequências para o desenvolvimento da educação municipal, tendo como objetivo principal analisar a relevância das políticas públicas municipais de formação continuada para a melhoria das práticas pedagógicas dos professores da rede e compreender a visão desses docentes acerca da criação e desenvolvimento desses programas. Neste sentido, analisaremos o PNAIC (Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa) e como este programa federal vem sendo executado no município.

De acordo com o Ministério da Educação, o PNAIC - Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa:

É um compromisso formal e solidário assumido pelos governos Federal, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, desde 2012, para atender à Meta 5 do Plano Nacional da Educação (PNE), que estabelece a obrigatoriedade de Alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º (terceiro) ano do ensino fundamental (Documento Orientador, PNAIC em Ação, 2017, p.3).

O Pacto foi lançado em 2012, e, de acordo com dados disponíveis no Sistema Informatizado de Monitoramento do PNAIC (Sis Pacto), em 2013, foram capacitados, em Linguagem, 313.599 professores alfabetizadores em curso com carga

horária de 120 horas; em 2014, foram 311.916 profissionais e a ênfase da formação foi em Matemática, em curso com carga horária de 160 horas; em 2015, foram capacitados 302.057 professores em temáticas como Gestão Escolar, Currículo, a Criança do Ciclo de Alfabetização e Interdisciplinaridade; e, em 2016, foram 248.919 alfabetizadores e 38.598 coordenadores pedagógicos atendidos em cursos com carga horária mínima de 100 horas e com ênfase em leitura, escrita e letramento matemático.

A partir do momento em que é confirmada sua adesão, o município torna público seu dever e engajamento nas questões que envolvem a alfabetização, o letramento e a aprendizagem de todos os discentes da rede na escolar na idade adequada. Para tanto, reafirma a sua responsabilidade em implementar, organizar, executar e monitorar os cursos de formação continuada ofertados na rede municipal de ensino.

A formação continuada no âmbito do PNAIC tem como base os princípios contidos na Resolução no 2/2015, art. 16, do Conselho Nacional de Educação (CNE). Com base nesses documentos, orienta-se a implementação de oficinas que fomentem a junção entre teoria e prática, dando ênfase as experiências coletivas dos docentes acerca de situações que solucionem as necessidades da rotina escolar. Assim a participação do docente é essencial ao Pacto, pois através de sua formação teórica e relato de experiências, novos saberes serão criados, cujo objetivo é sanar as dificuldades relativas ao processo de aquisição da leitura e da escrita por parte do educando. Espera-se ainda que:

Essas oficinas incluam abordagens que se ajustem às necessidades dos educadores em formação como aprendizado baseado em projetos, aprendizado baseado em problemas, metodologias ativas, filmagens de aulas e diversas outras atividades que promovam momentos de reflexão, ação, investigação e socialização de práticas bem-sucedidas nas quais os participantes sejam sujeitos de sua própria formação (Documento Orientador, PNAIC em Ação, 2017, p.16).

Porém, apesar de todo o material orientador e formação oferecida a todos os formadores do PNAIC, a realidade do Pacto no Município de Casimiro de Abreu está ainda distante do que o MEC compreende como uma execução de sucesso do programa.

A partir do relato de minha experiência como cursista do PNAIC nos anos de 2015 e 2016, almejo analisar a implementação deste programa no município em questão, tendo o cuidado de salientar a subjetividade inerente a esta metodologia.

Começarei apresentando como foi o meu ingresso no curso de formação. Durante estes dois anos, atuava como professora regente no programa “Correção de Fluxo”, que tinha como objetivo reduzir o contingente de alunos em distorção idade/série no município de Casimiro de Abreu, atendendo alunos do 1º ao 5º ano.

Eram atendidos neste projeto os alunos em idade entre 10 e 15 anos, que apresentavam distorção idade/série de, no mínimo, dois anos. Estes alunos eram

realocados em turmas separadas, de acordo com a faixa etária e grau de distorção, recebendo material didático impresso diferenciado, focando nas suas dificuldades de ensino e o professor trabalhava em regime de 40 h, porém 20 h reservadas ao planejamento das aulas.

Como professora do primeiro segmento do ensino fundamental, foi me informado pela supervisão de ensino da escola em que lecionava, que era obrigatória a minha adesão ao PNAIC. Em seguida, recebi uma ficha de inscrição composta por dados pessoais, turma onde lecionava e dados bancários para recebimento da bolsa-auxílio.

Como o objetivo de aprofundar a análise, pretendia trazer dados oficiais sobre o PNAIC no município, contudo, apesar de inúmeras tentativas, através de emails, telefonemas, idas a Secretaria de educação, me foram negados – por recusa direta ou constante postergação, as informações no que tange ao número total de inscritos no programa, evasão, entre outros.

Diante do exposto, frente à dificuldade de conseguir outras fontes, utilizei minha experiência como cursista do PNAIC para refletir sobre sua implementação.

Iniciarei observando a questão da organização dos cursos de formação. Não havia uma regularidade dos encontros presenciais. As datas eram constantemente modificadas, sem aviso prévio aos cursistas, bem como não havia um canal oficial da divulgação por parte da prefeitura ou da Secretaria de educação acerca do curso.

Neste sentido, as datas dos encontros presenciais não eram amplamente divulgadas, o que fazia com que o número de ausência fosse elevado. “O único canal de comunicação entre os cursistas e os responsáveis era um grupo no aplicativo whatsapp” para divulgação das informações. Contudo, diante da demora dos responsáveis em responder as demandas dos cursistas, este instrumento de comunicação entre os membros do grupo e a equipe formadora não era eficiente.

Outro ponto a ser pensando era os locais onde aconteciam as formações (na SEMED, sede do município de Casimiro de Abreu e no CIEP Municipalizado Ludevis Teixeira Bastos no Distrito de Barra de São João. Estes dois pólos se distanciam em quase uma hora e meia, agravado pelo fato de que a única linha de ônibus que realiza esse percurso (da sede ao distrito de Barra de São João), somente o faz a cada 2h.

Esta dificuldade era acentuada pelo horário dos encontros, uma vez que os cursos de formação aconteciam à noite, das 18 h às 21h (desconsiderando a fadiga dos professores após um dia de trabalho), o que prejudicava o rendimento dos cursistas. Os professores que trabalham no período da tarde foram os mais prejudicados, uma vez que terminavam seu expediente às 17h, horário de grande fluxo de pessoas e automóveis, e frente à distância dos dois únicos pólos, era muito complicado chegar no início do curso.

Além desses fatores, notou-se também, situações de desacordo entre a metodologia aplicada pela rede de ensino e aquelas organizadas pelas instituições formadoras, dificultando a formação e criando um desvio no objetivo do PNAIC que

é o direito de cada criança ser alfabetizada. Houve pouca reflexão e utilização, dentro do curso, do material disponibilizado para o PNAIC como: os Cadernos de Formação e os jogos pedagógicos do PNAIC, já trabalhados pelos professores nas formações anteriores; as obras do Programa Nacional de Bibliotecas Escolares (PNBE); os livros do Programa Nacional do Livro Didático (PNLD) e vídeos da TV Escola, perdendo assim a oportunidade de utilização de um riquíssimo material.

A maioria dos encontros se resumia a leitura massiva de slides por parte das formadoras escolhidas -por indicação- da Secretaria de Educação de temas já revisitados diversas vezes e que passam longe da realidade dos professores em sala de aula. Pouco do que foi apresentado, foi realmente aproveitado em sala de aula, desperdiçando tempo e incentivo público que poderia estar realmente mudando a educação, se o professor possuísse voz ativa na organização do Pacto desde suas origens até sua implementação. O suporte de acompanhamento também não é ofertado, pois de acordo com o MEC:

É fundamental que se definam, para cada ano, direitos e objetivos de aprendizagem a serem alcançados e estratégias de acompanhamento especial, com atendimentos personalizados de recuperação e aceleração de estudos. As instituições formadoras poderão mobilizar profissionais para dar respostas concretas a desafios enfrentados pelos professores, tais como especialistas em fonoaudiologia, literatura infantil, iniciação científica, psicologia, teatro, dança, educação física e outros que contribuam para aprofundar e consolidar a alfabetização, em uma perspectiva interdisciplinar que traduza a complexidade e a intencionalidade pedagógica desse processo (Documento Orientador, PNAIC em Ação, 2017, p. 14).

Da forma como foi implementado no município, o profissional da Educação se via como único instrumento para melhoria da educação, tendo que arcar sozinho com todo o peso da possibilidade do fracasso escola, á que os demais profissionais e material de apoio não foram ofertados, ou se os são, como no caso dos psicólogos e fonoaudiólogos a quantidade é ínfima, há apenas dois profissionais de cada especialidade para atendimento aos alunos da rede, impossibilitando um atendimento eficaz aos educandos da rede, já que de acordo com as orientações federais e municipais (repassadas aos cursistas pelas formadoras municipais) para o PNAIC, o aluno que apresentasse necessidades educacionais especiais deveria ser encaminhado aos profissionais de apoio para complementar e auxiliar seu processo de ensino-aprendizagem.

Logo, no que diz respeito ao PNAIC, a partir da minha experiência, torna-se fundamental buscar uma estratégia eficiente de sua gestão e implementação nos municípios, com o objetivo de utilizar a política pública nacional de forma a atender as diferentes realidades dos municípios, valorizando as experiências dos profissionais cursistas. Podemos assim concluir que: “quando professores, gestores e formadores assumem cooperativa e solidariamente a responsabilidade pela aprendizagem das

crianças, os bons resultados aparecem” (Documento Orientador, PNAIC em Ação, 2017, p. 4).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo pretendeu salientar, a partir das reflexões sobre as Políticas Públicas para a formação docente, a necessidade latente da formação continuada de educadores diante das transformações sócio-históricas, tornando-os cada vez mais qualificados para enfrentar os desafios impostos pelo mundo globalizado.

Dessa maneira, espera-se ter demonstrado a relação direta entre a qualificação do professor e a valorização do magistério. Sobre esse ponto, elementos encontrados nos documentos estudados mostram que houve avanços significativos, principalmente quando orientam a criação de um piso salarial nacional para o magistério e dão respaldo ao cumprimento das leis no que tange as condições adequadas para o exercício de seu trabalho.

Podemos inferir que, em sua grande maioria, as (os) professoras (es) sentem necessidade de uma constante qualificação, de procurar novos saberes que permitam melhorar sua prática docente. Paralelamente, sentem-se descontentes por, na maioria das vezes, ter acesso a várias perspectivas teóricas e metodologias de ensino, mas não ter como colocar em prática devido à falta de condições de infra-estrutura da escola; ou no pior dos casos ter acesso a uma formação continuada não agregar em nada a sua prática docente.

Neste contexto, a falta de aplicabilidade na prática docente, os baixos salários, a carga horária de trabalho elevada e a ausência de uma bonificação salarial e de carreira levam os professores a perderem a motivação de participar de novos projetos e ações de formação continuada.

Porém, na prática, os professores continuam reivindicando que sejam cumpridas as políticas que garantam a valorização da educação e também a formação adequada dos professores, criticando o abismo entre as exigências dos sistemas educacionais e as condições ofertadas para que seu trabalho seja realizado.

Sem diminuir a importância dos atuais investimentos feitos na área de formação continuada, é cada vez mais necessário inserir toda a sociedade nas discussões acerca dos princípios, objetivos e finalidades das políticas de formação continuada que estão sendo implementadas no Brasil. É necessário lembrar toda e qualquer política de formação docente só será eficaz perante uma efetiva reflexão que acarrete na transformação de suas condições de trabalho.

Assim, concluo meu relato de experiência salientando que, os professores, seus formadores e gestores, visando aprofundar seus conhecimentos sobre as crianças devem articular seus saberes para que elas possam desenvolver de maneira plena o domínio da Língua Portuguesa e da Matemática, através de um entendimento amplo acerca da formação interdisciplinar e integral, dando ênfase ao seu dever ético-profissional de cumprir com suas funções, entendendo a Alfabetização como ação imprescindível para que todas as crianças que iniciem o processo de escolarização



obtenham sucesso total em todo o processo de ensino-aprendizagem, buscando dar continuidade a sua educação ao longo da vida, adquirindo assim o exercício pleno da cidadania. Porém nenhum desses objetivos poderá ser alcançado se o professor, numa perspectiva tradicionalista de educação, for visto como um depositário para práticas e saberes alheios, tendo negado o seu direito de ser reconhecido como um pesquisador, capaz de criar e recriar conhecimentos e práticas acerca das práticas docentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Sérgio de. Políticas públicas: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. In: SANTOS JÚNIOR, Orlando A. Dos (et. al.). **Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais**. Rio de Janeiro: FASE, 2003, p. 17-25.

BRASIL. Ministério da Educação. **Constituição Federal**. Brasília; Imprensa Oficial.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica**. MEC/SEESP; 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Documento Orientador, PNAIC em Ação**, Brasília, 2017.

BRASIL. **Lei 9394/96, de 20/12/96. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 248, 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação**. Brasília, 2011/2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Plano de Desenvolvimento da Educação**. MEC; 2007.

CANDAU, Vera M. (Org.). **Magistério: construção e cotidiano**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997, p. 51-68.

DAGA, Amélia Bortoli; ALCÂNTARA, Paulo R. **Políticas educacionais e a formação continuada no processo de ensino aprendizagem**. In: Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, 6º. Anais. Curitiba: Champagnat, 2006. p. 1291-1301.

DE PAULA, Simone Grace. Formação continuada de professores: perspectivas atuais. **Paidéia**: Belo Horizonte. Nº. 6 , jan./jun.2009, **p**. 65-86.

GATTI, Bernadete A. Análise das Políticas Públicas para Formação Continuada no Brasil, na última década. **Revista Brasileira de Educação**. Nº. 37, jan/abr, 2008. Autores Associados, p. 57-70.

OLIVEIRA, Adão F de. POLÍTICAS PÚBLICAS EDUCACIONAIS: conceito e contextualização numa perspectiva didática. IN: \_\_\_\_\_; PIZZIO, Alex; FRANÇA, George. **Fronteiras da Educação: desigualdades, tecnologias e políticas**. Goiás: Editora da PUC Goiás, 2010. p.93-99.

SANTOS, L. L. C. Dimensões pedagógicas e política da formação contínua. Belo Horizonte, **Revista Tessituras** n. 1, fev. 1998, p 3-8.

ZEICNHER, K. Para além da divisão entre professor-pesquisador e pesquisador acadêmico. In: GERALDI, C.; FIORENTINI, D; PEREIRA, E. (Org.) **Cartografias do trabalho docente**. São Paulo: Mercado das Letras, 1998, p. 207-236.

## VIVÊNCIA DO LUTO POR MÃES DE RECÉM-NASCIDOS COM ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

*Sebastião Elan dos Santos Lima*

*Caroline Araújo Lemos Ferreira*

*Eulália Maria Chaves Maia*

*Fernanda Lúcia Nascimento Freire Cavalcante*

### 1. INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança é, para a maioria das famílias, um período de antecipação, excitação e alegria. No entanto, muitas vezes, quando há alto risco gestacional ou situação que comprometa a continuidade de vida do bebê, essa preparação do nascimento é seguida da morte da criança, rompendo as expectativas idealizadas pela mãe e/ou casal (THORNTON; NICHOLSON; HARMS, 2019).

A morte de um filho deixa os pais sem referências temporais, por inverter as expectativas das perdas pressupostas da vida, em que primeiramente acontece a morte dos pais, que são mais velhos. O processo de luto é considerado uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas (GESTEIRA et al, 2006). No entanto, deve-se considerar que o luto de um bebê recém-nascido (RN) pode acarretar um aspecto de incomunicabilidade e olhares de incompreensão (IACONELLI, 2007).

A perda de um filho é um dos momentos mais difíceis na vida dos pais e pode ser uma experiência traumatizante (CACCIATORE, 2017), podendo inclusive ser um fator de risco para a vivência de um luto prolongado (BERNIS; KINNEY; STONES, 2016; CACCIATORE, 2010).

De acordo com a literatura, pais enlutados apresentam sentimento de dor intolerável que desencadeia um efeito cascata de tristeza ao longo da vida (ARNOLD; GEMMA, 2014). Para as mães, essa experiência pode ser ainda mais difícil, em virtude de fatores físicos e psicológicos da gestação e pelas mudanças hormonais (LEMO; CUNHA, 2015).

A relação da mãe com o bebê é estabelecida muito antes do nascimento. Pode-se dizer que há um projeto de uma parentalidade construído desde o período pré-natal com as representações, identificações e fantasias dos próprios pais com esse bebê imaginário. Segundo a teoria do apego de Bowlby, a relação estabelecida entre mãe-bebê, tem base na infância, na forma de enfrentamento de situações difíceis, tais como separações e perdas (BOWLBY, 1990).

Dentre os vários aspectos que estruturam o processo da identidade materna, tem a imaginação que durante a gestação fornece insumos para a relação mãe-bebê,

sendo um mecanismo facilitador para que o bebê ao nascer não surja como um desconhecido. No momento do parto e pós-parto imediato se estabelece o vínculo perinatal que vem de encontro com o bebê real que se relaciona com os pais a partir do toque, do cheiro e do contato extra útero (BATTIKHA; FARIA; KOPELMAN, 2007).

Nesse período, emergem parâmetros envolvendo a personificação e expectativas em torno do feto, bem como a materialização das fantasias e desejos maternos. Deste modo, a internação em uma UTIN pode gerar conflitos e um intenso sofrimento em torno desta quebra de expectativa, além de uma possível dificuldade de se relacionar com a ideia do risco de vida do bebê (FERRARI; PICCININI; LOPES, 2007).

De acordo com Parkes e Weiss (1983), o luto engloba toda a experiência de antecipar a morte, a própria morte e o subsequente ajuste à vida. O processo do luto inicia no momento da comunicação de um defeito incompatível com a vida no pré-natal, com nascimento de uma criança doente, durante a notícia de transferência do bebê para UTIN ou na comunicação de cuidados paliativos. As respostas à perda perinatal podem variar de pouco ou nenhum pesar a um sofrimento altamente intenso, profundo, e insuportável (HUFFMAN; SWANSON; LYNN, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN é um ambiente novo e assustador, em que após o parto, o bebê precisa de cuidados intensivos e vigilância constante, especialmente por ser a unidade mais adequada, com suporte tecnológico para a assistência aos bebês (AKARD *et al*, 2018; MEERT, 2011; VALANCI; MORSCH, 2004).

Nesse caso, a permanência do bebê na UTIN é considerada um momento intenso de emoções e angústias (VALANCI; MORSCH, 2004). Muitas vezes, as mães vivenciam o processo de luto da gestação ideal e posteriormente o falecimento do seu bebê (FLACH *et al*, 2012).

Estudos apontam que 40% da taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade referem-se às mortes neonatais. Desse percentual, 75% ocorrem durante a primeira semana após o nascimento e de 25% a 45% ocorrem dentro das primeiras 24 horas de vida do recém-nascido (WHO, 2012).

No Brasil, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e aproximadamente, 25% desses óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas. Entre as principais causas do óbito no período neonatal estão a prematuridade, a infecção perinatal, a asfíxia, a malformação congênita e os fatores maternos (BRASIL, 2014).

Com isso, este estudo buscou compreender a vivência do luto por mães de recém-nascido com óbito em UTI neonatal, objetivando entender os recursos de enfrentamentos em relação a perda do bebê e o processo de enlutamento. Logo, desvelar as vivências das mães nessas circunstâncias é condição importante na construção de estratégias e ferramentas direcionados ao cuidado com as mães que vivenciam o luto neonatal.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, caracterizado como pesquisa de campo transversal de cunho qualitativo, visando compreender a experiência de mães de recém-nascido com óbito em UTI neonatal em uma Maternidade Escola de Referência no Estado do Rio Grande do Norte.

A pesquisa foi realizada com o total de 5 mães que vivenciaram o óbito do filho recém-nascido internados na UTI neonatal da Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC). A instituição faz parte do complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). É a referência em gestação de alto risco, saúde da mulher e cirurgia ginecológica do Rio Grande do Norte (RN) e é constituído por 108 leitos (médio porte), sendo 23 leitos na UTIN.

Para seleção da população do estudo, foi levado em consideração a partir dos dados de registro de óbito da instituição, com verificadas das participantes que se adequavam ao perfil da pesquisa e posteriormente realizadas ligações telefônicas, com sondagem dos critérios de inclusão, agendamento para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada da maternidade sem interferência para a coleta de dados e em ambiente familiar das participantes. A escolha do local ficou a critério das entrevistadas, atentando-se para privacidade das informações e sigilo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra pelo pesquisador responsável.

Foram incluídas neste estudo as mães acima de 18 anos que tiveram filho na UTIN com óbito até 24 meses anterior ao momento da coleta dos dados (utilizou-se esse período a nível de recorte e delineamento metodológico da pesquisa). Nos critérios de exclusão foram considerados, além das mães adolescentes, aquelas com diagnóstico de transtorno psiquiátrico, déficit intelectual, quadros demenciais ou distúrbios da comunicação capazes de comprometer a interação com o pesquisador, e as que por algum motivo decidiram não participar da pesquisa.

Na realização da coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada, além do questionário sócio demográfico, mediante assinatura do TCLE. Utilizou-se de uma pergunta disparadora: *Como você ficou depois que seu filho veio a óbito?*

No que diz respeito à análise dos dados, este estudo pautou-se na perspectiva de produção de sentido por parte das mães diante do seu imaginário social de construções de conhecimentos acerca de sua vivência frente ao luto pelo óbito do filho recém-nascido. A análise do material coletado na pesquisa seguiu três etapas com base em Spink e Gimenes (1994). A primeira permitiu um entendimento da argumentação ligado às versões do eu que estão sendo veiculadas na entrevista, com leitura flutuante das transcrições e anotações detalhadas sobre o contexto da entrevista. Em alguns casos, adicionou-se também assuntos que foram emergindo anterior ao momento em que o gravador foi ligado.

Na segunda etapa, foi possível identificar as representações e as narrativas das quais elas adquirem significados ao elaborar mapas de associações de ideias, com transcrição do conteúdo integral da entrevista e elaboração de categorias analíticas relacionadas aos objetivos da pesquisa. Por fim, na análise das narrativas para produção de sentidos, buscou-se identificar “quem são os interlocutores; a retórica e os indicadores de natureza linguística tais como a ambiguidade e a contradição” (SPINK; GIMENES, p.157).

A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN, conforme determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, com número Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 67184517.8.0000.5292, bem como consta do TCLE de todos os participantes desta pesquisa. As questões éticas foram observadas em todos os momentos do estudo e com garantia do sigilo e o anonimato dos participantes.

### 3. RESULTADOS

Para que se consiga ter uma descrição das participantes da pesquisa, apresentaremos um breve detalhamento da história de vida de cada mãe, com objetivo de contextualizar seus sentidos apreendidos nas entrevistas e fornecer um perfil sociodemográfico do estudo, que foi composto por cinco mães de RNs que tiveram óbito na UTIN da MEJC no período de março à dezembro de 2016. Com o propósito de preservar a identidade das mães entrevistadas foram usados nomes fictícios de flores: Azaléia, Dália, Gardênia, Hortênciã e Magnólia. Abaixo segue tais descrições.

Azaléia, 26 anos, casada, evangélica, possui ensino médio incompleto, planejou seu filho há 4 anos, nunca teve aborto, primeira gestação. Bebê nasceu prematuro de 6 meses, vindo a óbito por consequência de hemorragia pulmonar. Optou por realizar a entrevista na maternidade como forma de superar a aversão sentida pela instituição desde o falecimento do filho.

Dália, 29 anos, vive em união estável com o companheiro, católica, possui ensino médio completo, sofre de hipertensão arterial, não tem filhos, tem histórico de uma perda gestacional, e duas neonatais em contexto de UTIN. RN nasceu prematuro e veio a óbito por complicações renais. Foi optado pela entrevista na maternidade como forma de tentar elaborar a dor pelas perdas dos filhos, diz não pretender mais engravidar e realizar adoção.

Gardênia, 31 anos, vive em união estável, católica, possui ensino médio completo, tem um filho de 4 anos, já teve um aborto provocado. RN com holoprosencefalia e malformações congênitas. Optou pela realização da entrevista em ambiente familiar pela rotina de seu trabalho.

Hortênciã, 36 anos, casada, católica, possui ensino médio completo, tem duas filhas do primeiro relacionamento, de 17 e 20 anos, que moram com a avó. RN nasceu com microcefalia, descoberta desde o período gestacional. Optou por realizar a entrevista em ambiente familiar.

Magnólia, 43 anos, solteira, católica, possui nível superior completo, primeira gestação. RN nasceu prematuro de 8 meses com hidrocefalia. Preferiu realizar a entrevista na maternidade.

Com base nas práticas discursivas e análise dos dados em Spink e Gimenes (1994), foram elaborados três eixos temáticos com produção de sentido a partir das falas das mães na pesquisa, são eles: Óbito do filho recém-nascido; Família como fonte de apoio; e Elaboração do luto pelo óbito do filho RN. Tais resultados serão apresentados juntamente com a discussão nos tópicos abaixo.

#### 4. DISCUSSÃO

##### 4.1 ÓBITO DO FILHO RECÉM-NASCIDO

A perda, por morte, de uma pessoa amada provoca um choque e a sua lamentação envolve vários fatores, que estão ligados à história do sujeito com a pessoa que morreu, assim como sua própria história individual de amor e perda. No que diz respeito, especificamente, à morte de um filho, tal evento é percebido como uma monstruosidade, por quebrar a lógica da ordem natural das coisas (VIANA, 2005). Neste contexto, o processo de enlutamento torna-se mais complexo, sendo considerado um dos acontecimentos mais difíceis de ser aceito (FLACH *et al*, 2012).

Considerando quão doloroso a perda de um filho pode-se apresentar para os pais, debruçamos sobre as experiências, em particular, das mães, diante de suas dores pelo óbito do filho recém-nascido, ainda sob os cuidados hospitalares em UTIN. Todavia a partir das narrativas, foi observado uma quebra de expectativas dos planos e projetos feitos durante a gestação. Falar sobre tal assunto parece doloroso para aquelas que tentam retomar a vida sem o filho almejado.

*O falecimento dela bagunçou um pouco por que, meu esposo, no começo, ele teve dificuldade, por que eu ficava muito triste, chorava muito, não queria sair. Aí, eu fiquei com muita dificuldade de pegar recém-nascido. Depois dela, eu não queria de jeito nenhum, de jeito nenhum pegar recém-nascido. Não queria nem chegar perto (Gardênia)*

Como percebido pela fala da mãe supracitada, o óbito provocou “bagunça” na sua vida, além de dificuldades de adaptação sem o bebê, tristeza e o decréscimo da autoestima (BATTIKHA; FARIA; KOPELMAN, 2007). Nesse contexto, se faz necessário, identificar os recursos psicológicos e de enfrentamentos dessas mães para acolhê-la diante de sua história de vida, compreendendo que, ao lidar com o sofrimento, é necessário criar laços empáticos, comunicação efetiva e acolhedora para as mães nas suas dores diante da perda do filho.

A internação de um filho RN em uma UTIN frustra as expectativas dos pais vivenciarem a maternidade desejada em ambiente familiar (OLIVEIRA *et al*, 2013). No discurso a seguir é possível identificar a partir da fala da mãe, a UTI representada como um espaço estranho, cheio de equipamentos e aparato tecnológico e traz diversos sentimentos àqueles que se vêem com seus filhos hospitalizados.

*Eu ficava muito aflita, não é fácil você ter um filho e ele ficar ali, cheio de aparelho, né?  
(Azaléia)*

Como estratégia facilitadora para enfrentamento de uma internação na UTIN, faz-se necessário ampliar o cuidado para a mãe e toda família com base em uma visão humanizada, possibilitando acesso livre aos pais por tempo indeterminado com seu filho na UTIN e, diante suas vontades, estarem juntos do nascimento até o pós-óbito. Abaixo, a fala de Magnólia traz um significado, à possibilidade ofertada, de poder se despedir de seu filho mesmo que “depois de morto”.

*Depois de morto, perguntaram se queria botar no colo. Eu botei, abracei, cheirei, cheirei. Trouxe a roupinha, a enfermeira arrumou e eu olhando. (Magnólia)*

No acolhimento à perda, para recordação dos pais e familiares, é oferecida uma caixa pela equipe, para que na saída dela da MEJC para casa se consiga levar aqueles objetos que simbolizaram a relação estabelecida com seu filho em vida, na maternidade (um cartão com a marca em carbono dos pezinhos e/ou mãozinhas, a pulseira de identificação do recém-nascido, identificação do leito, etc.). Tal postura foi incorporada por todos os profissionais da UTIN da maternidade onde o estudo foi realizado.

Algumas estratégias são importantes para elaboração do luto e enfrentamento da perda, assim como essas supracitadas, como forma de tornar a perda real. Ter contato com o corpo do bebê e elementos que o representa, neste caso, pode gerar contribuições positivas na elaboração da perda tanto para mãe quanto para os familiares.

Além disso, Segundo Worden (2013) os rituais de despedidas também se fazem importantes por além de contribuir em tornar concreto a realidade da perda, facilitando o processo de despedida, a expressão dos sentimentos e consequentemente contribuindo para uma condução saudável do luto.

#### **4.2 FAMÍLIA COMO FONTE DE APOIO**

A família tem função de fortalecê-las diante de sua dor, atuando para que as mães enlutadas ressignifiquem a perda, a partir do suporte fornecido por pessoas de referência para si. Com base nos discursos das mães envolvidas na pesquisa, legitimamos a participação dos familiares como fonte de apoio no enfrentamento da perda e elaboração do luto. Aquelas que se sentem-se apoiadas por seu companheiro, pais e irmãos conseguem ultrapassar esse período crítico, da internação e vivência do luto, do que as que são desamparadas pelos seus familiares (VIANA, 2005). A narrativa a seguir, corrobora com tal ideia.



## Pluralidade de Saberes

*Graças a Deus eu tive muito apoio, meu esposo ficou do meu lado cuidando de mim, (...) minha sogra me levou para a casa dela e lá sim sempre tinha alguém para conversar, para me fazer sorrir, para tentar me distrair (Hortênsia).*

Levando em consideração o relato dessa mãe, percebe-se o quão necessário se faz uma rede familiar fortalecida. Sentir-se apoiada diante desse período sensível, e marcante da vida, é um elemento de grande valor para as mães que se veem privadas de realizar seu sonho da maternidade. Em um estudo que remete à vivência de familiares com filhos internados em UTI neonatal, foi observado que a hospitalização acarreta impacto variado e repercute em toda a família, afetando especialmente a mãe (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Até o século XVII a morte infantil era considerada natural, podendo a criança ser substituída. Não era estabelecimento uma vinculação afetiva com os pais e tampouco investimento emocional com essas crianças. Só a partir do século XIX é que a família começou a se organizar em torno da criança, tornando-se, nesse sentido, impossível substituí-la ou perdê-la sem provocar dores aos pais e familiares, ou seja, a criança adquire um novo lugar no lar, e os vínculos construídos era permeado de afeto e cuidado (BALTAZAR; GOMES; SEGAL, 2014).

*Minha família é muito grande e unida, né? Sempre tinha um pra tá comigo. Então, assim, eu olho e agradeço a todos eles [...] Então, assim, pra mim foi mais fácil, porque eu tinha muita gente apoiando. Minha família toda me apoiou (Gardénia)*

A fala de Gardénia remete à ideia trazida no último parágrafo sobre o novo lugar da criança na família, mudanças essas que repercutem no modo de vê-la e tratá-la. A fala da mãe enlutada deixa clara a implicação e o envolvimento de toda a família, ao empreenderem forças e juntos se apoiarem no enfrentamento da perda.

Essa força está relacionada com a experiência dos pais se sentirem amados, apoiados e respeitados. Esses sentimentos são fundamentais para o enfrentamento do impacto do diagnóstico, do tratamento, bem como da perspectiva de separação e morte do RN (CAMON *et. al.*, 2001).

### 4.3 ELABORAÇÃO DO LUTO PELO ÓBITO DO FILHO RN

Kubler-Ross coloca que, no processo de luto, são várias as fases que os indivíduos podem passar: choque, negação, raiva, barganha, depressão e a aceitação. Tais fases não são lineares, sendo necessário tempo, suporte psicológico e familiar para que essa vivência se dê da forma mais saudável possível (KUBLER-ROSS, 2008).

Outros sentimentos, como por exemplo, a saudade e o choro também podem estar presentes e reaparecerem a qualquer momento do processo de elaboração do luto (GONZAGA; PERES, 2012).

O modelo do processo dual do luto de Stroebe e Schut, tem como base o “trabalho de luto” para um enfrentamento orientado à perda, e um enfrentamento orientado à restauração. O primeiro é caracterizado pela vivência do luto da pessoa perdida e da dor causada por ela. O último diz respeito ao período pela busca da reorganização da vida, sendo presente nessa elaboração do luto a oscilação com alternâncias dessas duas vivências acima mencionadas. Os trechos abaixo ilustram o sentido identificado nessa teoria (GONZAGA; PERES, 2012).

*Aí pronto. Aí tem dia que eu tô bem, tem dia que eu não tô. Querendo ou não, eu lembro todos os dias, quando eu durmo, quando eu acordo, queira ou não. (Magnólia)*

Apresentaremos abaixo, os sentidos nas falas de duas mães que identificaram risco ainda no período gestacional, como má formação congênita dos seus fetos. Nas entrevistas, ao serem indagadas como estão atualmente após a perda dos seus filhos, Azaléia traz sentimentos de “alívio” e Dália de “conforto”:

*Eu também me senti um pouco aliviada porque se eu tivesse essa criança doente, eu não ia poder mais trabalhar, eu ia viver em função dela, que é uma criança especial, entendeu? (Azaléia)*

*Como eu trabalho também lá no hospital e sei como é a pediatria de lá, eu vejo o sofrimento das mães e isso me conforta muito, sabe?. Porque se ele tivesse ficado aqui sofrendo, ele ia sofrer, mas eu também ia sofrer muito mais. (Dália)*

Esses sentimentos fazem parte da elaboração da perda ao proporcionarem às mães reflexões sobre sua vida sem o filho. As falas acima refletem o impacto na rotina das mães diante da possível necessidade dos cuidados especiais com os filhos. Dália significa a sobrevivência do filho como uma experiência que seria sofrível, e pensar sobre isso traz o *conforto* necessário para enfrentar o vazio provocado pela sua morte. Para Azaléia, abrir mão das atividades laborais e da autonomia diária em “*função de uma criança especial*”, parece ser marcante na sua elaboração do luto.

Em todos os casos apresentados, há uma vivência do luto não só pelo bebê idealizado, construído no imaginário da mãe, mas também pelo bebê real que veio a óbito. Nesse sentido, são vários os lutos que precisam ser elaborados pelo casal. Vale salientar que as mulheres que enfrentaram essas situações sozinhas encontraram maiores dificuldades durante o luto (GONZAGA; PERES, 2012).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a morte de um filho recém-nascido em contexto de UTI neonatal pode ser incompreendido socialmente, no que se refere à vivência da dor da perda pelos pais. Apesar de o bebê fazer parte da vida do casal mesmo antes da concepção, os demais familiares não compartilham dessa convivência da mesma forma, o que pode dificultar o reconhecimento social do luto. Nesse contexto, o sofrimento dos pais, muitas vezes, é interditado, interferindo no processo de elaboração da perda, a rede de apoio é fundamental para a elaboração do luto, entretanto Casellato (2015) destaca que o não reconhecimento do luto para com os demais familiares pode surgir em decorrência da dissonância ou pluralidade de personalidade e faixa etária de cada integrante da família.

Para as mães que participaram do estudo, o apoio familiar se configurou como um dos elementos estruturantes para a internação do filho e enfrentamento do óbito, tornando-se um fator de proteção na elaboração do luto em ambiente familiar.

Por fim, destaca-se a importância do envolvimento de familiares no período de internação com objetivo de fortalecer o vínculo com o bebê e possibilitar o apoio à mãe no processo de luto, caso ele ocorra. Além disso, o cuidado humanizado da equipe na UTIN, com desenvolvimento de estratégias com o intuito de cuidar das mães e familiares, é fundamental para que se construam memórias afetivas na relação de cuidado com o bebê falecido.

## REFERÊNCIAS

ARNOLD, J.; GEMMA, P. B. The continuing process of parental grief. **Death Stud.** v. 32: p. 658–673. 2008

BALTAZAR, Danielle Vargas; GOMES, Rafaela Ferreira de Souza; SEGAL, Viviane Lajter. Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 88-98, jun. 2014 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 17 jul. 2019.

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. (org.). **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BATTIKHA, Ethel Cukierkorn; FARIA, Maria Cecília Correa de; KOPELMAN, Benjamin Israel. As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 23, n. 1, p. 17-24, Mar. 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

37722007000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 17 July 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000100003>.

BERNIS L, KINNEY M, STONES W *et al.* **Stillbirths**: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; 387: 703–716.

BOWLBY, J. **Apego**. Vol. 1 da Trilogia Apego e Perda. São Paulo: Martins.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do Recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais: volume 1 [Internet]. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 Available from:  
[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)

CACCIATORE, J. **Bearing the unbearable**. Somerville, MA: Wisdom Publications. 2017.

CACCIATORE, J. The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Soc Work Health Care*, 2010; 49(2): 134–148.

CAMON, V.A.A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning. 2001.

CASELLATO, Gabriela. LUTO NÃO RECONHECIDO: O FRACASSO DA EMPATIA NOS TEMPOS MODERNOS. In:\_\_\_\_\_. (Org.). **O Resgate da Empatia**: Suporte psicológico ao luto não reconhecido. São Paulo: Summus Editorial, 2015. Cap. 1. p. 15-28

FERRARI, Andrea Gabriela; PICCININI, Cesar A.; LOPES, Rita Sobreira. O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 12, n. 2, p. 305-313, Aug. 2007 . Available from  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722007000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000200011&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 July 2019.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200011>.

FLACH, Katherine et al . O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 83-100, jun. 2012 . Disponível em  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 jul. 2019.

FREUD, S. Luto e melancolia, 1917. In: **A história do movimento psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago; 1996. p. 243- 63.

GESTEIRA, S. M. A., BARBOSA, V. L., ENDO, P. C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, 19(4), 462-467, 2006.

GONZAGA, Ludymilla Zacarias Martins; PERES, Rodrigo Sanches. Entre o rompimento concreto e a manutenção simbólica do vínculo: particularidades do luto de cuidadores familiares de portadores de doenças crônico-degenerativas. **Vínculo**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 10-17, jun. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902012000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000100003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 jul. 2019.

HUFFMAN, C. S.; SWANSON, K.; LYNN, M. R. Measuring the meaning of miscarriage: Revision of the Impact of Miscarriage Scale. **Journal of Nursing Measurement**, 2014. 22(1), 29-45. doi:10.1891/1061-3749.22.1.29

IACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 10, n. 4, p. 614-623, Dec. 2007 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes / Elisabeth Kubler-Ross; [tradução Paulo Menezes]. – 9ª. Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LEMONS, L.F, CUNHA, A.C. Death in the maternity hospital: how health professionals deal with the loss. **Psicol Estud.** 2015; 20: 13-22

OLIVEIRA, Kézia de et al . Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 46-53, Mar. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100007>.

Parental Bereavement Needs in the Pediatric Intensive Care Unit: Review of Available Measures Kathleen L. Meert, M.D.,<sup>1</sup> Stephanie Myers Schim, Ph.D., R.N.,<sup>2</sup> and Sherylyn H. Briller, Ph.D.<sup>3</sup> JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE Volume 14, Number 8, 2011 \* Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/jpm.2010.0453

PARKES, C.; WEISS, R. **Recovery from Bereavement**. New York: Basic Books, 1983.

SPINK, Mary Jane Paris; Gimenes Maria da Gloria G.. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde soc.** [Internet]. 1994. 3 ( 2): 149-171. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

12901994000200008&lng=en.  
12901994000200008.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000200008>

THORNTON, NICHOLSON L, HARMS. Scoping Review of Memory Making in bereavement. Care for Parents After the Death of a Newborn JOGNN; 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.02.001>

VIANA, Victor et al . Apoio às Mães em Crise num Serviço de Neonatologia. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 6, n. 2, p. 119-130, nov. 2005 . Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862005000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862005000200001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 jul. 2019

WORDEN, J. William. Aconselhamento do Luto: Facilitação do Luto: Facilitação do luto pelo ritual fúnebre. In: WORDEN, J. William. **Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: Um manual para profissionais da saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013. Cap. 4. p. 82-83. Tradução: Adriana Zilberman/Leticia Bertuzzi/Susie Smidt.

World Health Organization. **Newborns: reducing mortality** [Internet]. Geneva: WHO; 2012 Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>

**O OLHAR DA COORDENADORA PEDAGÓGICA DA ESCOLA NOSSA  
SENHORA DO CARMO SOBRE AS IDENTIDADES E OS SABERES DA  
POPULAÇÃO DO CAMPO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO  
CONTINUADA DOS PROFESSORES<sup>1</sup>**

*Francisauro Fernandes da Costa*

*Alzilene do Couto Ferreira*

*Edina Cristina Silva e Silva*

## **1 INTRODUÇÃO**

Esse artigo é resultado da experiência do estágio desenvolvido no decorrer do curso da disciplina Estágio Supervisionado, voltado à Gestão e Coordenação Escolar, onde foram feitas várias leituras e discussões sobre as abordagens que enfocam a concepção de estágio e sua relevância para o processo de formação docente, haja vista que ele se constitui, segundo Pimenta & Lima (2006), em um campo de conhecimento que assume um estatuto epistemológico visando à superação da dicotomia entre teoria e prática.

Para superar a visão simplista em relação a dicotomia entre teoria e prática ainda muito presente no exercício do estágio supervisionado, as autoras apontam que o desenvolvimento do estágio necessita ser compreendido “como uma atitude investigativa que envolve a reflexão e a intervenção na vida da escola, dos professores, dos alunos e da sociedade” (p. 7). Isso significa que essa compreensão de estágio ultrapassa a ideia que o reduz, em sua maioria, a uma atividade meramente de cunho observatório ou instrumental, passando a se configurar numa atividade de pesquisa e percurso formativo, pois, é um processo que integra o ensino, a pesquisa e a aprendizagem, possibilitando ao aluno-estagiário vivenciar novas experiências juntos a novos sujeitos e, assim, fazer a associação teoria e prática.

Assim, a proposta deste artigo parte da premissa de que a escola é um espaço sociocultural, consequentemente, ambiente de socialização e aprendizagem que se caracteriza por ser um território de múltiplas relações socioculturais, isto é, um território vivo, dinâmico, heterogêneo, constituído de múltiplos sujeitos, logo, de múltiplas relações interpessoais, múltiplas culturas e múltiplas identidades, e tem a finalidade de trazer uma discussão sobre a relação entre educação e cultura, tendo como objeto de pesquisa as identidades e os saberes da população do campo e sua inter-relação com as questões educacionais.

---

<sup>1</sup>Trabalho apresentado no 16º Encontro Norte e Nordeste dos Estudantes de Pedagogia (ENNoEPe), com a temática “Práticas Pedagógicas Interculturais do Norte ao Nordeste”, realizado nos dias 16 a 21 de janeiro de 2019, na Universidade do Estado do Pará (UEPA) – Campus de Salvaterra/PA.

Nesses termos, a discussão e investigação foi dirigida com base nos seguintes objetivos: analisar o papel da coordenadora pedagógica da Escola Nossa Senhora do Carmo; analisar como a coordenadora pedagógica da Escola Nossa Senhora do Carmo valoriza a temática das identidades e dos saberes da população do campo no processo de formação continuada dos professores.

A E.M.E.I.E.F. Nossa Senhora do Carmo está localizada na Rodovia Moura Carvalho, km 07, s/n, inserida na comunidade da Colônia Nova, área rural do município de Abaetetuba/PA. Esta instituição funciona como anexo da Escola Municipal Santa Anastácia - situada na área urbana do município de Abaetetuba. Trabalha com base no regime multisseriado<sup>2</sup> com as turmas do ensino fundamental menor e atende um público de aproximadamente 107 alunos residentes nas proximidades da escola, além, dos que residem nos ramais Estrada velha de Beja e Pau da Isca.

Para o desenvolvimento deste estudo, utilizamos como metodologia a pesquisa qualitativa por compreender que a mesma se ocupa “com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2015, p. 21). Como técnica e instrumento de coletas de dados optamos pela observação in lócus e a entrevista semiestruturada.

Para uma melhor organização, dividimos o texto em 3 tópicos. Inicialmente, abordamos as identidades e os saberes da população do campo e sua inter-relação com as questões educacionais. Posteriormente, realizamos o delineamento do objeto de estudo para enfatizarmos o “olhar” da coordenadora pedagógica sobre as identidades e os saberes da população do campo no processo de formação continuada dos professores. E por fim, apresentamos as considerações finais ressaltando a necessidade desta temática ser trabalhada de forma mais específica no ambiente escolar em virtude da instituição escolar ser um espaço de múltiplas culturas, múltiplos saberes e múltiplas identidades.

## **2 AS IDENTIDADES E OS SABERES DA POPULAÇÃO DO CAMPO E SUAS INTER-RELAÇÕES COM AS QUESTÕES EDUCACIONAIS**

Para Dayrell (1996), falar da escola como espaço sociocultural, implica compreendê-la na ótica da cultura, levando em consideração a dimensão do dinamismo, do fazer-se cotidiano, movido a efeito por homens e mulheres, trabalhadores e trabalhadoras, negros e brancos, adultos e adolescentes, alunos e professores, enfim, por sujeitos históricos e sociais, presentes e atores da história.

À vista disso, a escola como espaço sociocultural, constitui-se como território vivo, caracterizado por um conjunto de práticas e saberes culturais fruto de diversas experiências vivenciadas por múltiplos e distintos sujeitos sociais que

---

<sup>2</sup> O regime multisseriado diz respeito a forma de organização do ensino, onde o/a professor/a trabalha simultaneamente com alunos de diferentes idades e níveis de conhecimentos, numa única sala.



transitam nesse ambiente. Assim, a escola compõe-se de complexas tramas de relações sociais que criam signos e significados e contribuem para a construção das identidades dos diferentes atores sociais, uma vez que as identidades são construídas culturalmente.

Dessa forma, a escola como um espaço de múltiplas singularidades e complexidades devido às relações interpessoais e pedagógicas existentes neste ambiente, exige novos olhares sobre o processo de formação dos alunos em idade escolar, levando em consideração os aspectos culturais e sociais do contexto onde esses sujeitos estão inseridos, contribuindo para a construção e reafirmação das suas identidades.

Por conseguinte, é perceptível que no cerne dessa discussão encontra-se presente a figura do professor como mediador do processo de ensino e aprendizagem, o profissional responsável por fazer a transposição didática dos conteúdos trabalhados em sala de aula com o intuito de contribuir para a construção da aprendizagem satisfatória dos alunos em idade escolar.

Nesse sentido, trabalhar em sala de aula com os diferentes significados do cotidiano, ou melhor, com os diversos saberes locais e culturais da população do campo, torna-se de fundamental importância para o processo de ensinar e aprender com sentido, pois, o ato pedagógico estará vinculado à sua cultura e necessidades humanas e sociais, o que possibilitará compreender o cotidiano como um espaço de múltiplas relações socioculturais, logo, espaço de conexões de saberes.

Entretanto, sabemos que para o professor trabalhar em sala de aula com essas questões, torna-se um grande desafio em virtude, principalmente, de que o currículo formal, com conteúdos e atividades programadas, está distante da realidade dos alunos.

Nesse cenário, o Coordenador Pedagógico, sujeito privilegiado desta pesquisa, passa a assumir um papel de destaque porque é um dos principais profissionais que faz parte da instituição escolar, sendo responsável por exercer inúmeras funções importantíssimas para o bom desempenho da instituição de modo geral, especificamente, aquelas voltadas aos aspectos pedagógicos.

O Coordenador Pedagógico é um educador que trabalha em consonância com a ação transformadora, articuladora e formadora das ações pedagógicas na instituição formal de ensino - a escola - ao mesmo tempo, assume o papel de mediador do conhecimento entre o currículo e os professores, entre pais, alunos e o corpo docente de modo geral, em prol de uma educação de qualidade. Nas palavras de Placco et al (2012, p. 3), na escola, o Coordenador Pedagógico pode exercer a:

Função articuladora dos processos educativos, além de ser chamado para realizar também uma função formadora dos professores, frequentemente despreparados para o trabalho coletivo e o próprio trabalho pedagógico com os alunos. É chamado ainda para uma função transformadora, articuladora de mediações pedagógicas e interacionais que possibilitem um melhor ensino, melhor aprendizagem dos alunos e, portanto, melhor qualidade de educação.

Isso significa que a atuação da Coordenação Pedagógica se dar diretamente no acompanhamento e na orientação aos professores no sentido de propor estratégias de ensino para que o corpo docente possa aplicá-las durante o desenvolvimento de suas práticas pedagógicas, com o intuito de que o ato de ensinar e o ato de aprender, tornem-se significativos para os alunos e para os professores.

Desse modo, sendo a escola esse espaço de múltiplas culturas, múltiplos saberes e múltiplas identidades, permite-nos refletir sobre como a Coordenadora Pedagógica da Escola Nossa Senhora do Carmo, na condição de formadora, valoriza a temática das identidades e dos saberes da população do campo no processo de formação continuada dos professores.

Para discorrer sobre essa questão é necessário ter clareza que a educação do campo se identifica pela produção política e cultural dos sujeitos (CALDART, 2002). Isto nos leva a salientar que a educação do campo é uma modalidade de educação destinada à população do campo. A esse respeito, Oliveira (2012, p. 3), enfatiza que “a população do campo na Amazônia é constituída por homens e mulheres diversos e plurais, ribeirinhos, quilombolas, camponeses, indígenas, entre outros; situados em um contexto geográfico bio-diverso e complexo, demarcado pelo enraizamento cultural”.

A Educação do Campo nasceu como mobilização/pressão de movimentos sociais por uma política educacional para comunidades camponesas: nasceu da combinação das lutas dos sem-terra pela implantação de escolas públicas nas áreas de reforma agrária com as lutas de resistência de inúmeras organizações e comunidades camponesas para não perder suas escolas, suas experiências de educação, suas comunidades, seu território, sua identidade (CALDART, 2008, p. 71).

Seguindo essa linha de pensamento, Caldart (2002), ressalta que a luta do povo do campo por políticas públicas foi com a finalidade de garantir o direito à educação; e uma educação que seja no e do campo. Os termos trazem significados distintos: “No: o povo tem direito a ser educado no lugar onde vive” e, “Do: o povo tem direito a uma educação pensada desde o seu lugar e com a sua participação, vinculada à sua cultura e às suas necessidades humanas e sociais” (p. 19).

No que concerne à identidade da escola do campo, as Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo, define em seu Art. 2º, parágrafo único que:

A identidade da escola do campo é definida pela sua vinculação às questões inerentes à sua realidade, ancorando-se na temporalidade e saberes próprios dos estudantes, na memória coletiva que sinaliza futuros, na rede de ciência e tecnologia disponível na sociedade e nos movimentos sociais em defesa de projetos que associem as soluções exigidas por essas questões à qualidade social da vida coletiva no país (BRASIL, 2002, p. 1).

Nesse contexto, a perspectiva da educação do campo “é exatamente a de educar as pessoas que trabalham no campo, para que se encontrem, se organizem e assumam a condição de sujeitos da direção de seu destino” (CALDART, 2002, p. 19). É a possibilidade dos próprios camponeses assumirem a sua autonomia como sujeitos para pensarem a relação homem-natureza e suas inter-relações com os processos educativos, culturais e territoriais: sua organização social, seus lugares, seus trabalhos, seus projetos educativos, assumindo a condição de sujeitos que problematizam, discutem e definem propostas de melhorias de seu bem-estar.

Essa premissa nos remete as palavras do antropólogo Brandão (1993), ao afirmar que a educação acontece em vários espaços onde há relações sociais. Sendo assim, seja na rua, na família, na escola, na igreja, no trabalho, nos assentamentos, nas associações, nas comunidades ribeirinhas, quilombolas, agroextrativistas, enfim, sempre estamos vivenciamos situações de aprendizagem e, do mesmo modo, sempre misturamos a vida com a educação. Para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver. Dentro dessa ótica, para o autor, a educação é uma fração do modo de vida de grupos sociais que criam e recriam em sua sociedade. Isto é, a educação caracteriza-se como uma prática social por ser constitutiva de uma experiência sociocultural.

Dessa forma, ao discutir a temática das identidades e dos saberes do cotidiano e sua inter-relação com as questões educacionais, nos deparamos ao longo desse percurso com a figura do professor. Este necessita expandir a sua visão para perceber a importância de trabalhar com saberes das águas, das florestas, do brincar, etc. Isto significa dizer, trabalhar com os saberes do saber-fazer presente na realidade do contexto social e cultural em que seus alunos estão inseridos e relacioná-los com a sociedade mais ampla no que se refere ao desenvolvimento da globalização, pelo fato de que a “educação do campo é a que valoriza os saberes das populações do campo, saberes culturais e experienciais. Saberes produzidos nas práticas sociais, nos processos culturais, relações sociais, culturais e interpessoais. Saberes da terra, da mata, das águas” (OLIVEIRA, 2012, p. 9).

Sabemos que trabalhar nessa perspectiva não é tarefa fácil, pois exige do professor a construção de uma sólida formação teórica e metodológica que muitas vezes não foi alcançada no decorrer da formação inicial. Partindo desse ponto de vista, que entra em cena o Coordenador Pedagógico como o responsável por desenvolver a formação continuada dos professores, tendo a possibilidade de “transgredir” o currículo formal ao trabalhar com várias temáticas sob um viés interdisciplinar como as identidades e os saberes do cotidiano.

Assim, tomando a premissa de que o coordenador pedagógico é aquele profissional que exerce uma função formadora e articuladora no espaço escolar, almejamos saber se a Coordenadora Pedagógica da Escola Nossa Senhora do Carmo vem valorizando a temática das identidades e dos saberes da população do campo no processo de formação continuada dos professores.

### **3 DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO: O OLHAR DA COORDENADORA PEDAGÓGICA SOBRE...**

Neste tópico traçamos uma discussão com a finalidade de delinear o nosso objeto de estudo, partindo das percepções da coordenadora pedagógica da escola Nossa Senhora do Carmo para compreender o papel do coordenador pedagógico, o entendimento de Educação do Campo, além, de analisar se a temática das identidades e dos saberes da população do campo estão sendo trabalhadas no processo de formação continuada de professores.

#### **3.1 A função do Coordenador Pedagógico**

No que diz respeito a função do Coordenador Pedagógico no ambiente escolar, é importante compreender que o mesmo necessita saber qual o seu papel neste espaço; ter clareza de suas atribuições e, desse modo, não ser o profissional “faz tudo” nesse ambiente, pois, isto descaracteriza sua identidade profissional.

A partir desse ponto de vista, perguntamos qual a função específica do coordenador pedagógico na escola? A coordenadora, em linhas gerais falou das funções que exerce naquela unidade de ensino, vejamos:

Na verdade, na teoria o apoio é direcionado mais aos professores, só que a gente entende que é uma escola pequena, poucos funcionários, na prática o coordenador acaba assumindo várias funções. No geral tem de se coordenar o fazer pedagógico, na questão do ensino aprendizagem verificando o aluno no desenvolvimento da aprendizagem, inserir a família. É todo um conjunto. É todo um processo de você ter que olhar não apenas como uma sala de aula. Mas olhar a sala de aula, a família, o professor, os demais funcionários, as relações dos funcionários, a questão da própria gestão, de auxiliar algumas coisas administrativas. Então na verdade é muito amplo. É um olhar completo, mas sempre o fazer pedagógico (Diário de Campo).

A entrevistada respondeu à pergunta que lhe foi dirigida baseada naquilo que os autores falam sobre as competências e atribuições de um coordenador pedagógico; esse profissional que tem o papel de articular e desenvolver as ações pedagógicas primando pela qualidade do processo de ensino aprendizagem. Porém, como se percebe na fala da coordenadora, há funções que ela assume que não são de sua competência de atuação, mas para ajudar no desenvolvimento escolar ela abraça a causa e se compromete com essas atribuições, mesmo sabendo que não faz parte de seu fazer pedagógico.

O coordenador pedagógico tem que ter um olhar humanizado e conhecer bem seu ambiente de trabalho, bem como, o espaço em torno desse ambiente e tenha conhecimentos gerais e específicos de sua atuação para que possa articular e implantar as propostas pedagógicas no currículo escolar e desenvolver nos processos de

formação continuada dos professores, pois, seu papel central é de formador de seus professores como diz Placco, Almeida e Souza (2011).

Portanto, o olhar da coordenadora pedagógica é de uma profissional que sabe identificar com clareza a sua função e atribuições no ambiente escolar, afirmando assim, a sua identidade profissional, porém, algumas questões de ordem mais técnicas/administrativas, fazem com que a mesma assuma outras tarefas que não são de sua competência profissional, o que no nosso ponto de vista caracteriza um certo desvio de função que talvez possa prejudicar o fazer pedagógico dentro do âmbito escolar.

### **3.2 A concepção de Educação do Campo**

A Educação do Campo é uma modalidade de ensino voltada à população do campo; educação esta que valorize e respeite a cultura do povo do campo, seus saberes, costumes, práticas e experiências socioculturais e trabalhe suas especificidades sem que estes sujeitos deixem suas raízes de lado, bem como, as suas identidades.

Partindo dessa argumentação, perguntamos à coordenadora pedagógica qual sua concepção sobre Educação do Campo.

Educação do Campo é algo novo. Novo não no contexto nacional. É algo novo no contexto Abaetetuba [...] porque se viu a necessidade de valorizar o campo, de olhar a escola do campo, a criança do campo como alguém que tem a sua realidade que não pode ser deixada de lado. [...] temos que saber que existe uma realidade da cidade e existe uma realidade do campo, e a gente enquanto o campo tem que se adequar a cidade. [...] temos que entender que a nossa realidade é diferente, as nossas formas de trabalhar as potencialidades na verdade são diferentes (Diário de Campo).

Observa-se que a coordenadora não conceituou Educação do Campo como uma modalidade de educação. No entanto, na sua fala, afirma que houve a importância de valorizar a população do campo com toda a sua particularidade. Enfatiza que no campo existem saberes que necessitam ser valorizados no contexto educacional, porque como sabemos, o ato pedagógico ultrapassa os muros da escola, uma vez que a educação perpassa por todos os âmbitos da vida social.

Porém, não podemos “menosprezar” a realidade do campo ao ponto que ela tenha que se “adequar à cidade”, mas entender que estamos falando de realidades socioculturais distintas e que, portanto, há a necessidade de respeitar e valorizar os sujeitos do campo na sua multidimensionalidade. “Nesta perspectiva, é preciso considerar-se os sujeitos do campo como seres construtores de sua história e não alienados ao modo de viver e saberes da cidade” (OLIVEIRA, 2012, p. 4).

Por esse motivo, “pensar em educação do campo exige a compreensão das características do espaço cultural e as necessidades próprias dos estudantes que vive

no e do campo, sem abrir mão da pluralidade de saberes como fonte de conhecimento prévio para a aprendizagem” (AIRES, 2016, p. 53).

Continuando o diálogo com a coordenadora pedagógica sobre educação do campo, buscamos identificar a partir de seus conhecimentos, o que caracteriza a identidade da escola do campo. Ela ressalta que é aquela escola que valoriza a sua realidade, como podemos perceber na sua fala:

É aquela escola que se vê como escola do campo, não é só está inserida no campo. Você pode ter uma escola que está localizada no campo, mas não trabalha com a realidade do campo. [...] a escola do campo é aquela que não esconde sua realidade de ser do campo; ela vai valorizar a sua realidade; ela vai falar sobre a sua realidade; ela vai puxar e se impor (Diário de Campo).

Segundo as diretrizes operacionais para a educação do campo (2002), a identidade da escola do campo é caracterizada pela sua vinculação às questões inerentes à sua realidade. Sob essa concepção, a coordenadora pedagógica tem razão ao afirmar que “a escola do campo é aquela que não esconde sua realidade de ser do campo”.

Entretanto, é pertinente destacar que a coordenadora pedagógica utiliza um discurso que, de certa forma, se torna incoerente quando analisamos o papel da própria instituição em relação a realidade a qual está inserida, pois, embora a escola Nossa Senhora do Carmo esteja localizada no campo, não há nesta instituição o desenvolvimento de atividades e/ou projetos específicos que busquem trabalhar e valorizar, de forma consistente, as identidades e os saberes da população do campo no âmbito escolar; logo, estamos falando de um discurso que na prática não é efetivado. Estamos falando de uma escola que ainda não trabalha de maneira direta a sua própria identidade como escola do campo.

### **3.3 As identidades e os saberes da população do campo no processo de formação continuada dos professores**

Ao buscarmos discutir a temática das identidades da população do campo no processo de formação continuada dos professores, partimos da compreensão de que este é um conceito amplo e complexo que está muito presente no campo educacional. As discussões feitas sobre identidades afirmam que a mesma é construída social e culturalmente.

Assim, a identidade é um produto da sociedade, ou seja, é um produto do contexto no qual os sujeitos estão inseridos; evidentemente não existe uma identidade pronta, fixa e acabada, haja vista que tudo está em processo de construção, pois os sujeitos vivem em contextos sociais diferentes (BEM; SILVA, 2018, p. 5).

Tendo como base essa premissa e, partindo do pressuposto de que “é uma das funções da escola: trabalhar com os processos de percepção e de formação de

identidades” (CALDART, 2005, p. 27), foi que buscamos compreender qual o olhar da coordenadora pedagógica sobre essa questão. Uma das visões da coordenadora sobre identidades: “é como você se vê; é como eu quero que me vejam: se eu me vejo como aluno do campo, se eu me vejo como alguém que está no campo. Eu não quero pertencer a este lugar, não quero falar como eles ou me identifico do campo e valorizo quem de fato eu sou” (Diário de Campo).

Verificamos que essa concepção de identidade exposta pela coordenadora está condizente com aquilo que muitos autores afirmam. Isto é, a identidade como um “produto social e cultural” que vai sendo construída a partir das relações que estabelecemos no meio social. De acordo com Moreira & Câmara (2008, p. 41- 42) “nossa identidade, portanto, vai sendo tecida, de modo complexo, em meio às relações estabelecidas, que variam conforme as situações em que nos colocamos”. Logo, ser do campo e valorizá-lo nas suas especificidades, significa se identificar como sujeito do campo reconhecendo sua identidade camponesa.

Porém, apesar da identidade em um contexto menos abrangente está relacionada “aquilo que somos”, a entrevistada se mostrou preocupada com o trabalho do coordenador pedagógico de uma escola do campo. Falou sobre suas limitações e seus anseios em “resgatar” as identidades, a cultura e os saberes dos sujeitos do campo no âmbito escolar.

Com isso, procuramos compreender qual a visão da coordenadora sobre cultura. Ela foi enfática em dizer: “cultura é saber, tem haver com a realidade, a raiz daquela comunidade, as memórias, as tradições que passam de pai para filho, só que muita vez a gente lembra só da arte, da música e esquece o que é específico da comunidade” (Diário de campo). A visão da coordenadora pedagógica sobre a concepção de cultura está baseada numa abordagem antropológica, onde cultura diz respeito a um conjunto de tradições, costumes, crenças e valores de um determinado grupo social.

Segundo Cuche (1999, p. 09), “a noção de cultura é necessária, de certa maneira, para pensar a unidade da humanidade na diversidade além dos tempos biológicos. Ela parece fornecer a resposta mais satisfatória à questão da diferença entre os povos”. Isso quer dizer que o homem tem capacidade de se adaptar e transformar o meio social que está inserido, pois é um ser que produz cultura. Assim, o conceito cultura diz muito do que a pessoa é ou pode ser ao viver em um determinado ambiente.

Nesse sentido, podemos dizer que cultura tem haver com a produção humana em meio a relação homem-natureza. Que cultura se refere ao modo de vida de um determinado grupo social. Assim, cultura constitui-se como um processo social de aprendizagem que compreende a produção material ou simbólica, onde tudo isso auxilia na construção das identidades do sujeito.

Para Santos (1994), cultura de modo geral é uma dimensão do processo social, da vida de uma sociedade; desse modo, cultura é uma construção histórica, seja como concepção, seja como dimensão do processo social. A cultura diz respeito

à humanidade como um todo e ao mesmo tempo a cada um dos povos, nações, sociedades e grupos humanos. Isto é, cultura é uma produção humana, é um elo de formação do sujeito.

Lançando esse olhar para o contexto onde a escola Nossa Senhora do Carmo está inserida, a coordenadora pedagógica afirma, veementemente, que “a cultura tem se perdido, a gente mesmo não se valoriza. [...] A cultura da mandioca já nem se ver mais. O trabalho da mandioca, antigamente era muito forte, a farinha aqui, a criança sabia como fazer, hoje a criança não sabe” (Diário de Campo).

A coordenadora pedagógica, destaca, ainda, que a maioria das pessoas, principalmente, os homens, estão deixando o trabalho no campo para trabalharem nas fábricas como profissionais assalariados. Com isso, ressalta que há uma certa desvalorização por parte da escola, dos professores, das crianças e da comunidade de forma geral (Colônia Nova) quanto a própria cultura e identidades como sujeitos do campo.

Essa pequena narrativa traz à tona a necessidade da própria comunidade escolar compreender a importância de se trabalhar dentro da escola a realidade sociocultural dos educandos, partindo da perspectiva de que:

A cultura também forma o ser humano e dá as referências para o modo de educá-lo. São os processos culturais que garantem a própria ação educativa do trabalho, das relações sociais, das lutas sociais: a Educação do Campo precisa recuperar a tradição pedagógica que nos ajuda a pensar a cultura como matriz formadora, e que nos ensina que a educação é uma dimensão da cultura (CALDART, 2005, p. 25).

A coordenadora pedagógica, ressalta também que essas mudanças estão ocorrendo, em sua maioria, por influência da globalização, se referindo ao avanço da rodovia fazendo com que as crianças tenham uma identidade mais urbana do que rural. Segundo a coordenadora, embora estejam localizados no campo, eles (sujeitos da Colônia Nova) estão percebendo que está havendo uma modificação, uma transformação neste local que aos poucos vai assumindo características urbanas e isso tem interferido nas suas próprias identidades, conforme podemos observar em mais uma de suas falas:

A modernidade está fazendo mudar a colônia. Tem a alça viária em meio aos carros. Antes como era? Não tinha luz, não tinha internet e a gente ficava na pista deitado. Então a modernidade está vindo influenciar demais na questão da vida do povo. Agora já tem luz, antena rural e você capta o sinal e se comunica, coisa que antes você não tinha. Tudo isso influencia na nossa identidade como pessoa do campo (Diário de Campo).

As mudanças estruturais que chegam ao lugar causam transformações em todas as esferas da vida social e, conseqüentemente, estas transformações interferem diretamente na construção das identidades dos sujeitos da Colônia Nova, uma vez que as identidades são construídas cultural e socialmente.



Desse modo, pelo diálogo com a coordenadora, observamos que muitos sujeitos da colônia nova, principalmente as crianças, possuem uma “identidade transitória”, por residirem em um local que mesmo sendo campo possui determinadas características de cidade. A esse respeito, Moreira & Câmara (2008), afirmam que a globalização produz, simultaneamente, novas identificações “globais” e “locais”, e que isso, trata-se, na verdade, do que Stuart Hall chama de uma verdadeira crise de identidade.

Continuando o diálogo, perguntamos de que forma ocorre a relação entre essa realidade onde estão inseridos, os saberes que produzem, as tradições, os costumes com a questão educacional, ela afirma:

Fazendo que a criança observe o seu espaço, que ela se sinta do campo, e que ela conheça o outro lado, por que se a criança não se sentir do campo, e não conhecer o outro lado, como ela vai fazer essa diferença? Como ela vai entender a sua identidade? Para essa criança entender que a escola em que ela está inserida faz parte de uma escola do campo, primeiro ela precisa entender o que é campo, depois o que é cidade (Diário de Campo).

É de fundamental importância trabalhar a diferença existente entre os vários espaços e/ou ambientes, principalmente quando nos referimos ao município de Abaetetuba devido a sua grande heterogeneidade territorial. Abaetetuba possui uma população urbana estimada em 86.614 pessoas distribuídas em 17 bairros em uma área de aproximadamente 17 Km<sup>2</sup>, enquanto 60.653 residem na zona rural, compreendendo a região do arquipélago (72 ilhas) e região das estradas (Distrito de Beja e 49 colônias agrícolas), (ABAETETUBA, 2015, p. 15 -16). Essas características peculiares demonstram a necessidade de trabalhar as diferenças territoriais existentes, mas ressaltando que ambos – campo e cidade – estão intrinsecamente relacionados, em virtude de suas dimensões produtivas, organizacionais, política, econômicas e culturais.

Com isso, perguntamos se coordenadora pedagógica trabalha essa temática no processo de formação continuada dos professores ou desenvolve algum projeto sobre a questão das identidades, dos saberes, da cultura local, a resposta foi a seguinte:

De uma forma muito específica não. Mas a gente tenta trabalhar Abaetetuba, trabalha o centro, os ramais, as ilhas, a gente tenta mostrar a eles (alunos) a diferença de um lugar para o outro. A gente tentou também fazer a horta mas falta verba. Foi uma tentativa. Trabalhamos também com plantas medicinais, inclusive algumas crianças chegaram a trazer outros tipos de plantas. Nós fizemos um ano aqui um projeto de leitura. Esse projeto tentou resgatar a realidade; nós fomos numa senhora mais idosa da comunidade e ela contou a história da comunidade; falamos com uma professora antiga e perguntamos como era a questão da escola; um senhor idoso nos contou um pouco da comunidade e através desse histórico a gente montou aqui um trabalho, colocamos fotos antigas de como era. Então a gente foi buscar um pouco da história (Diário de Campo).

E continua...

## Pluralidade de Saberes

Hoje estamos trabalhando mais diretamente com programas que vieram do governo como: Mais Educação, Mais Alfabetização, um de Matemática, de leitura pra gente poder auxiliar na questão da alfabetização. A gente tenta trabalhar tema com resgate folclórico como a própria festa junina, o folclore (lendas) e aí levamos pra apresentar na cidade porque antes parece que a gente era excluída e agora a gente tenta aproximar mais. Nós já fizemos projeto de leitura, projeto de higiene, projeto de violência, a gente via qual era o nosso maior problema e corria atrás do projeto (Diário de Campo).

Isto posto, percebemos que no processo de formação continuada realizado pela coordenadora, o tema das identidades e dos saberes da população do campo, se dá de maneira pouco intensa, devido, segundo ela, as inúmeras tarefas burocráticas, pois, o coordenador pedagógico em sua maioria acaba desenvolvendo atividades que não são de sua competência profissional. Além disso, outro fator que dificulta tal discussão no espaço escolar ocorre pelo fato de que a maioria dos professores não residem na localidade; esses profissionais vêm de municípios como Belém, Barcarena. Então são profissionais que, muitas vezes desconhecem a especificidade da educação do campo, da escola do campo, tampouco, assume a uma identidade camponesa.

Outro fato que também dificulta trabalhar com essas temáticas está relacionado ao currículo formal, uma vez que as escolas necessitam atender determinadas demandas impostas pelo sistema de educação, conforme está explícito em mais uma das falas da entrevistada: “Por exemplo, temos o projeto mais alfabetização e essa semana apareceram no sistema pedindo um plano de ação dentro de uma semana e tinha que enviar as fotos do plano de ação e como fazer? Se não enviar nada pro MEC a gente acaba perdendo, aí tem que olhar o sistema e ver o que tem que enviar pro MEC, aí a gente se ver pressionados a fazer algo rápido” (Diário de campo).

Em virtude do que foi mencionado, observamos que apesar de haver determinadas tentativas de trabalhar a cultura local no espaço escolar, ainda há um certo silenciamento dos saberes desenvolvidos na própria comunidade como: o saber-fazer a farinha; o saber-vender os produtos cultivados (cupuaçu, pupunha, macaxeira, etc.). Ou seja, os saberes do cotidiano como fruto das experiências de vida dos inúmeros sujeitos sociais que fazem parte daquele território e que manifestam sua cultura através de múltiplas práticas socioculturais.

Como sabemos, os saberes da população do campo são características marcantes em seu processo social que deve ser valorizado por todos, inclusive, pela escola sem desmerecer o conhecimento científico que é tão importante quanto os saberes populares. Embora saibamos que há uma explícita relação de poder quando falamos dos saberes que são ensinados na escola, uma vez que o currículo oficial determina o que deve ou não ser ensinado, há a necessidade de levar em consideração os saberes locais, as dinâmicas socioculturais do cotidiano, as lições de

vida que se espraiam do senso comum, pois todas as experiências são válidas na formação do homem e da mulher, do humano.

Não estamos falando que um saber é melhor do que outro. Pelo contrário, afirmamos que ambos têm sua devida importância no processo de formação humana dos alunos. Desse modo, não podemos hierarquizá-los, mas compreender que estamos falando de saberes diferentes, sabendo que há uma relação de interdependência entre saberes do senso comum e saberes científico.

Trabalhar com diferentes saberes significa em primeiro lugar não os hierarquizar, nem considerar que eles são propriedade somente dos educadores, ou dos educandos. Todos somos detentores de saberes e é preciso que o diálogo entre educadores e educandos permita a cada um ter consciência dos seus saberes, além de ampliá-los e diversificá-los por meio da partilha e da produção coletiva de novos saberes (CALDART, 2005, p. 29).

Portanto, torna-se de grande relevância trabalhar o contexto sociocultural em que os alunos estão inseridos no processo de formação continuada dos professores e, conseqüentemente, em sala de aula, pois, como afirma Freire (1996, p. 46), “respeitar a leitura de mundo do educando significa tomá-la com ponto de partida para a compreensão do papel da curiosidade, de modo geral, e da humana, de modo especial, como um dos impulsos fundantes da produção do conhecimento. [...] no fundo, o educador que respeita a leitura de mundo do educando, reconhece a historicidade do saber, o caráter histórico da curiosidade”, isso significa possibilitar aos discentes valorizar a sua cultura e suas identidades partindo do pressuposto de que “a cultura também forma o ser humano e dá as referências para o modo de educá-lo. São os processos culturais que garantem a própria ação educativa do trabalho, das relações sociais, das lutas sociais” (CALDART, 2005, p. 25).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste artigo buscamos trazer uma discussão sobre a relação entre educação e cultura, cujo enfoque discorreu-se sobre as identidades e os saberes do cotidiano e sua inter-relação com as questões educacionais, onde apontamos como resultado da pesquisa que a temática das identidades e dos saberes da população do campo ainda é tomada de forma superficial e assistemática no processo de formação continuada dos professores, apesar do olhar da coordenadora pedagógica sobre essa questão ser de alguém que compreende a necessidade e a importância de se discutir tal temática de maneira mais específica no âmbito escolar. Ela percebe e sinaliza que há uma certa desvalorização por parte dos sujeitos da Colônia Nova sobre sua própria identidade e seus próprios saberes como sujeitos do campo.

Desse modo, “cabe à escola ajudar na reflexão coletiva sobre esses saberes, relacionando-os entre si e potencializando-os nos processos de socialização dos educandos, de construção de sua visão de mundo e de suas identidades” (CALDART, 2005, p. 29). Logo, “o papel da escola será tanto mais significativo se ela estiver em

sintonia com os processos sociais vivenciados pelos seus educandos e educadores, e se ela mesma consegue constituir um processo social capaz de ajudar a construir e fortalecer identidades” (Idem, 2005, p. 28).

Portanto, este trabalho trouxe contribuições importantes para a concedente do estágio mediante a possibilidade de refletir o papel da Coordenadora Pedagógica na condição de formadora, principalmente, quando esta atua diretamente em uma instituição localizada no Campo. A partir de então acreditamos que a coordenadora despertou para a necessidade de se valorizar a temática das identidades e dos saberes da população do campo no processo de formação continuada de professores, bem como, na instituição escolar de modo geral, tendo em vista que a mesma é um espaço de múltiplas culturas, identidades, saberes e subjetividades. Outra contribuição muito válida, diz respeito ao subsídio oferecido para a construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) da referida escola, onde oferecemos nosso plano de estágio e materiais como artigos, livros sobre Educação do Campo, identidades, saberes, formação docente, a concepção e relevância do PPP, visando contribuir para a fundamentação teórica do projeto pedagógico da Escola Nossa Senhora do Carmo, com a finalidade de que a mesma possa oferecer uma educação de qualidade a todos os sujeitos que dela fazem parte.

## REFERÊNCIAS

ABAETETUBA. **Plano Municipal de Educação** (PME). Lei nº 437, 24 de junho de 2015.

BEM, Geralda M. de; SILVA, Cícero N. M. da. **Educação do Campo: saberes e identidade do povo Camponês**. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO\\_EV056\\_M D1\\_SA2\\_ID633\\_21062016145431.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV056_M D1_SA2_ID633_21062016145431.pdf). Acessado em: 10 de outubro de 2018.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação?** São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 28º ed. 1993.

BRASIL. Ministério da Educação – **Diretrizes operacionais para a educação básica nas escolas do campo**. Brasília, DF, 2002.

CALDART, Roseli Salete. Por uma educação do campo: traços de uma identidade em construção. In: CALDART, R. Salete [et al] (Orgs.). **Educação do campo: identidades e políticas públicas**. Brasília, DF: articulação nacional Por Uma Educação do Campo. Coleção Por uma Educação do Campo, nº 4, 2002.

\_\_\_\_\_. Elementos para construção do projeto político e pedagógico da educação do campo. In: **Cadernos temáticos: educação do campo / Paraná**. Secretaria de

Estado da Educação. Superintendência da Educação. Departamento de Ensino Fundamental. - Curitiba: SEED-PR, 2005.

\_\_\_\_\_. Sobre Educação do Campo. In: FERNANDES, Bernardo Mançano [et al.]. **Educação do Campo**: campo - políticas públicas - educação. Brasília: Incra; MDA, 2008.

CUCHE, Denys. **A noção de cultura nas ciências sociais**. Bauru: EDUSC, 1999.

DAYRELL, Juarez. A escola como espaço sócio-cultural. In: DAYRELL, Juarez.

**Múltiplos Olhares sobre Educação e Cultura**. Belo Horizonte: UFMG, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MINAYO, Maria C. de Souza. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria C. de Souza (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 34. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa; CÂMARA, Michelle Januário. Reflexões sobre currículo e identidade: implicações para a prática pedagógica. In: MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa; CANDAU, Vera Maria (Orgs). **Multiculturalismo**: diferenças culturais e práticas pedagógicas. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno de. **Educação no Campo na Amazônia**: bases socioculturais, epistemológicas e matrizes educacionais. XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino - UNICAMP - Campinas – 2012.

PIMENTA, Selma Garrido; LIMA, Maria Socorro Lucena. Estágio e docência: diferentes concepções. **Revista Poíeses** – volume 3, Número 3 e 4, pp. 5-24, 2005/2006.

SANTOS, José Luiz dos. **O que é cultura**. São Paulo: Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 14ª. ed. 1994.

## CURRÍCULO DISCIPLINAR: TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO HISTÓRICO DE EMERGÊNCIA

*Rosiele Pinho Gonzaga da Silva*

*Rosa Maria Rodrigues*

*Lívia Catarina Matoso dos Santos Telles*

### INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta algumas considerações sobre os discursos que envolvem a origem do currículo disciplinar, que está em estreita conexão com as forças sociais que o trouxera para o campo educacional.

Ao longo da história conceitos foram elaborados sobre currículo, pois o currículo guarda intrínseca relação com a dinâmica social. O conceito de currículo tem sua história, e nela podemos encontrar vestígios do seu uso no passado, sua natureza e a origem dos significados que, hoje, o termo possui. O termo currículo deriva da palavra latina *curriculum* (cuja raiz é a mesma de *cursus* e *currere*). Na Roma Antiga falava-se do *cursus honorum*, a soma das “honras” que o cidadão ia acumulando à medida que desempenhava sucessivos cargos eletivos e judiciais, desde o posto de vereador ao cargo de cônsul.

O termo era utilizado para significar a carreira, e, por extensão, determinava a ordenação e a representação de seu percurso. Por outro lado, o currículo também tem o sentido de constituir a carreira do estudante e, de maneira mais concreta, os conteúdos deste percurso, sobretudo sua organização, aquilo que o aluno deverá aprender e superar e em que ordem deverá fazê-lo.

Para fins didáticos definiu-se alguns locais e tempos históricos que merecem destaque por terem relação mais intrínseca com a história da educação e que permitem indicar o possível contexto do nascimento do currículo disciplinar. Analisou-se a emergência deste com a concepção de plano de estudo substanciado por disciplinas. Conforme Goodson (1995) que há necessidade de ver o currículo como um processo conflituoso e com lutas entre diferentes tradições e diferentes concepções sociais, que envolvem fatores lógicos, epistemológicos, intelectuais, interesses, conflitos simbólicos e culturais, propósitos de dominação relacionados à classe, raça e gênero.

Na localização da ideia de currículo disciplinar, percorrendo a história, procurou-se mostrar a importância da estruturação do conhecimento de forma que pudesse ser transmitido o que, possivelmente, permitiu acelerar o desenvolvimento humano que assistimos após a configuração da cultura grega até os tempos atuais.

## **LOCALIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO CURRÍCULO DISCIPLINAR**

É preciso lembrar, como já anunciado, que não há uma única compreensão em relação a esta temática. É possível dizer que há, pelo menos, duas possibilidades de identificação da emergência do currículo disciplinar, as quais relacionam-se às leituras historiográficas. Uma que o localiza desde a Antiguidade e outra que o identifica com a modernidade, portanto, expressão da organização curricular coerente com a emergência do modo capitalista de produção. Não se nega esta possibilidade, mas optou-se nesta escrita por percorrer desde a antiguidade a emergência da organização do conhecimento de forma que ele pudesse ser transmitido às gerações seguintes. Assim, esta escrita apresenta a ideia de currículo na Idade Antiga, na Idade Média e na Idade Moderna e Contemporânea.

Outro aspecto que o leitor evidenciará será o esforço em se estabelecer conexões entre as manifestações restritas ao campo educacional com o contexto sócio-político e econômico de cada período-histórico.

### **IDADE ANTIGA**

A Grécia aparece com mais relevo na História da educação e ganham destaque Esparta e Atenas, pois melhor caracterizam e representam a mentalidade e os costumes dos gregos de antigamente, principalmente no que se refere à educação. O conteúdo e o modo de organização educacional desta civilização exerceram grande influência no sistema escolar dos períodos históricos seguintes, em consequência repercutiu sobre as teorias pedagógicas da nossa cultura ocidental. É fato que outras experiências societárias tiveram lugar e perduram até o presente como o conhecimento na perspectiva oriental.

Pode-se afirmar que até o século VI a.C. a concepção mítica de mundo marcou a história da Grécia, o sobrenatural e o poder divino predominavam sobre as ações humanas. Contexto que se modificou para uma ação mais racional no período arcaico, em que utiliza-se a moeda e há formação das cidades-estados (pólis) que provocaram marcantes mudanças sociais e nas relações humanas (ARANHA, 2006).

Segundo Bello (1978), o governo de Péricles em V a.C. correspondente ao período clássico, período que a educação intelectual ateniense se destacou, os estudos científicos se tornaram mais amplos e profundos e reapareceu a necessidade da dialética e da retórica. É nesta época que foi adotada uma nova Constituição que assegurava a todos os homens livres, considerados cidadãos, o direito de participar da vida pública.

Percebe-se que diante deste cenário político democrático os indivíduos viam a educação como possibilidade de inserção em alguma profissão e o trabalho educativo passava a objetivar o preparo do indivíduo para a sociedade, ao contrário do período anterior em que a educação objetivava à formação militar e física restringida à classe mais favorecida. Agora, saber ler e escrever e as exigências para a carreira política e advocacia determinavam e modificavam os rumos da educação, a

qual teve nos sofistas os seus precursores e professores mais qualificados (BELLO, 1978).

Pode-se considerar o período clássico como representação do apogeu da civilização grega, o pensamento estritamente religioso foi substituído pelo uso da razão autônoma e crítica, pela atuação livre e humana sem tanta dependência das divindades. Para Aranha (2006) nascia a necessidade de formar um cidadão, de construir um perfil de formação para tal, deixando de ser depósito de saber, para se tornar um elaborador da cultura e de seu futuro. No final do século VI a.C. surgiram as escolas simples<sup>3</sup>, porém o ensino não era obrigatório nem gratuito.

Nesta época viviam na Grécia os Sofistas, profissionais que se voltavam às discussões sobre a moral e política, legitimaram o ideal democrático da classe em ascensão, os comerciantes ricos. Se até então, o interesse pela música e educação física predominavam, a partir deste momento a necessidade de se estudar retórica e gramática prevaleciam.

Com relação ao papel dos sofistas na história da educação, Aranha (2006, p. 69) assevera que cabia aos sofistas a sistematização do ensino, por eles terem iniciados os estudos de gramática, além de darem ênfase à retórica e à dialética. Por influência dos pitagóricos, desenvolveram a aritmética, a geometria, a astronomia e a música. Constituindo a tradicional divisão das sete artes liberais, assim chamadas por se destinarem aos homens livres, desobrigados do trabalho manual. Esse currículo será mais bem organizado no período helenístico e na Idade Média.

Nesta época, o ensino se tornou remunerado, exercido pelos sofistas. Criaram-se as escolas de filosofia e retórica e a Universidade de Atenas<sup>4</sup>.

Inicialmente o ensino era pouco sistematizado, sendo efetivado pelos mestres ambulantes, em casas particulares. Posteriormente começou a formação de grupos de alunos “dando ao ensino uma certa sistematização” (BELLO, 1978, p. 51). Coube a Isócrates, discípulo dos sofistas, imprimir maior sistematização e reorganização das escolas de retórica. Neste tempo, ainda segundo o autor “o currículo da nova escola quase não diferia do que fora adotado nas escolas dos sofistas, introduziram-se as matemáticas nos estudos preparatórios”.

No século IV a.C. Atenas passou a ser dominada pela Macedônia constituindo o império de Alexandre Magno. O império Macedônico foi marcado por centralização do poder por um monarca. A expansão do Império levou à criação de centros administrativos e econômicos e a origem de novas cidades. Este domínio

---

<sup>3</sup> Eram escolas que ofereciam educação elementar (cálculo, leitura e escrita) e com o tempo abre espaço para discussões literárias de matemática, geometria e astronomia sobre influencia dos filósofos, com conteúdo do programa caracterizado pelas sete artes liberais (BELLO, 1978).

<sup>4</sup> A reunião das escolas de filosofia fundadas por Platão, Aristóteles e Zenon resultou uma instituição denominada por alguns autores como Universidade de Atenas. De caráter oficial, destinadas a completar os estudos dos efebos. Havia os cursos de Retórica, Lógica e Filosofia, com duração de 4 a 7 anos, e os alunos deviam pagar mensalidade. Esta instituição durou até século VI d. C., quando foi suprimida pelo Imperador Justiniano. Foi, de certo modo, a precursora da Universidade Medieval (BELLO, 1978).



sobre a Grécia levou a fusão cultural entre os povos, caracterizando um momento histórico em que houve a expansão da cultura helênica enriquecida de novos valores intelectuais no campo das ciências. Este panorama refletiu no conteúdo de ensino, o currículo da primitiva educação helênica se tornou vasto e profundo, constituído de música, ginástica, retórica e filosofia. Percebe-se o desinteresse pelo físico e estético, ao mesmo tempo em que os estudos intelectuais tomaram novo impulso. Para Bello (1978) foi na época de Alexandre Magno que se deu a sistematização do currículo escolar, sob a denominação de “Enkyklios Paidéia”, ou “Enciclopédia”, isto é, formação ou estudo de uso comum ou conteúdo bem definido da formação ou dos estudos. Forma de currículo que vigorará até o fim da Idade Média.

Um período em que “a antiga *paidéia* torna-se enciclopédia e consiste na ampla gama de conhecimentos exigidos para a formação de pessoa culta” (ARANHA, 2006, p. 67). Desenvolve-se, além do ensino elementar, o nível secundário com conteúdo caracterizado pelas sete disciplinas: as três humanísticas (gramática, retórica e dialética) e as quatro científicas (aritmética, música, geometria e astronomia).

Segundo Andery et al. (2001) talvez neste período, pela primeira vez, separou-se ciência e filosofia. Paralelamente com a filosofia desenvolveu-se uma nova forma de organização do trabalho de produção do conhecimento, início da geração de um corpo de conhecimento, que hoje pode ser associado à ideia de ciência.

Para melhor compreensão dos acontecimentos que envolvem a educação, ainda, se faz necessário contextualizar a história romana. Na sua origem, Roma era somente uma comunidade rústica e camponesa. Com o passar do tempo pelas frequentes conquistas de território se tornou República e posteriormente um Império. Contudo, considera-se que no século V a.C. é que se consolidou sua política expansionista. Decorrentes desta expansão territorial uma nova sociedade mais complexa foi constituída e conseqüentemente houve a necessidade de outro tipo de educação (ARANHA, 1989).

Alguns autores dividem a história da educação Romana em antes e depois da conquista da Grécia em 146 a.C. No primeiro período histórico, a educação era estritamente familiar, por não existir escolas aprendia-se a leitura, escrita, cálculo elementar e a instrução cívica e elementar de modo prático e informal.

Como apontado por Bianchi (2001) entre os séculos VIII e VI a.C. em Roma havia uma educação Campesina em que a sabedoria limitava-se aos costumes ancestrais aplicados nos trabalhos do campo, tarefas artesanais e domésticas.

No século IV a.C. apareceram escolas elementares particulares, escolas do *ludi magister*, nas quais dos 7 aos 12 anos aprendia-se a ler, escrever e contar. Os mestres eram pessoas simples e mal pagas, davam aula em qualquer lugar. As crianças usavam tabuinhas enceradas, nas quais escreviam com estiletes, tudo aprendido de cor e às vezes com castigo (ARANHA, 2006).

O ambiente escolar poderia ser descrito da seguinte maneira:

## Pluralidade de Saberes

[...] moças de sete a 13 anos e rapazes de sete a 15 anos, misturados sem qualquer distinção de idade ou de sexo nos acanhados e desconfortáveis espaços onde recebiam sua instrução, o que contribuía para que, às vezes, a disciplina se confundisse com a brutalidade (BIANCHI, 2001, p. 118).

No século III e II a.C. as Guerras Púnicas<sup>5</sup> e expansão comercial colocam os romanos em contato com os povos helênicos e a educação e cultura romana se helenizam. Escolas foram formadas, baseadas no perfil das existentes em Atenas, o que não traduz que no período nacionalista não havia escolas, a escola primária em Roma é datada no século IV a.C., mas exercia um papel simplório de pouca importância e difusão (BELLO, 1978).

Por esta influência surgiram as escolas de gramáticos, nas quais dos 12 aos 16 anos os jovens entravam em contato com os clássicos gregos, tinham acesso a geometria, geografia e aritmética (ARANHA, 1989). Segundo a tradição helenística o sujeito deveria ter uma educação geral, com amplos conhecimentos para a formação de uma pessoa culta. Nestas escolas, a principal matéria de ensino era a Gramática, grega ou latina. Ainda, incluíam-se no currículo literatura, elementos de matemática, de dialética e de música (BELLO, 1978).

Apesar das aproximações entre os currículos da educação intelectual romana e grega, também, havia diferença. No ensino primário, o currículo adotado em Roma era o mesmo das escolas gregas. Já no ensino superior, o currículo apresentava certas peculiaridades que o distinguia do currículo das escolas gregas, principalmente, na inclusão dos estudos jurídicos no currículo das escolas superiores de Roma, o que não ocorria na Grécia (BELLO, 1978).

Na República romana predominava a educação aristocrática, não só pelo privilégio da elite, mas por estar direcionada às atividades mais nobres e que excluíam o trabalho manual. Foi nesta época que ocorreu o nascimento de uma nova aristocracia que almejava os mais altos cargos públicos, enquanto que os plebeus estavam deslocados da política, os agricultores perdiam as terras e o trabalho manual dos artesãos desvalorizava-se por ser comparado ao de escravos (ARANHA, 1989).

No Império Romano se destacava a crescente intervenção do Estado nos assuntos educacionais por questão de necessidade, uma vez que a administração do Império requeria funcionários com instrução. Com o tempo, passou a oferecer subvenção depois controlada por meio da legislação e, por fim, assumiu a responsabilidade da educação. É neste contexto que crescia o número de escolas municipais em todo o império (ARANHA, 1989). Por ser uma sociedade escravista o

---

<sup>5</sup> A partir da conquista da península Itálica (século V a.C. até III a.C.), a cidade fenícia de Cartago, no norte da África, se tornou a grande rival de Roma, pois ela dominava as ilhas do mar Tirreno e comércio do Mediterrâneo ocidental. Contra os cartagineses, Roma travou três guerras, chamadas Guerras Púnicas (*puni* era o nome que os gregos davam aos cartagineses) que se estenderam de 264 a.C. a 146 a.C., em que Roma se apossou de todas as áreas dominadas pelos cartagineses (CARMO, 1994).

trabalho manual era desvalorizado, enquanto a atividade intelectual era restrita à aristocracia.

A Grécia foi anexada a Roma em 146 a.C. e em 27 a.C. esta tornou-se Império. A Sua dimensão evidenciava a necessidade de funcionários competentes, com conhecimentos e valores, o que contribuiu para um sistema de ensino com unidade de programas e métodos. Nesta fase da história destaca-se o ensino terciário, cursos de filosofia e retórica, cátedras de medicina, matemática e direito. A continuidade dos estudos relacionava-se a ocupação de cargos da justiça e administrativo. Havia exigência de formação sistemática por quatro ou cinco anos, na ciência do direito, em Roma e Constantinopla.

A incorporação do plano de estudos greco-latino tinha sua importância, no sentido da manutenção da ordem, para funcionamento da burocracia imperial e municipal, para o comércio e para a ascensão econômica das classes inferiores. A oratória não era inútil, ao contrário, um estudo prático destinado a formar cidadãos, homens de leis, administradores de que Roma tinha necessidade era imprescindível (BIANCHI, 2001).

Bianchi (2001) reconhece que o currículo que exprime as várias dimensões da atividade educativa só é presenciado no século XII d.C., até então, o currículo reduzia-se a uma lista de disciplinas. Na época do Império Romano o sistema educativo se organizou pela primeira vez, fundamentou-se no currículo isocrático e legou-o a escola medieval, que o conservou quase sem modificações por mais de um milênio.

No século I a.C. Varrão nomeou as sete artes liberais: gramática, dialética, retórica, geometria, aritmética, astronomia e a música. E coube a Marciano Capella a organização em dois ciclos: o *trivium* e o *quadrivium*, fundamentadores da educação medieval.

Juliá (2002), na tentativa de definir disciplina escolar pressupõe a investigação nas línguas vernáculas da Europa, como se desenvolveu o termo disciplina escolar no sentido atual. Na Idade Clássica retêm alguns significados: ação de ensinar, matéria de ensino, método, doutrina e educação. Para ela provavelmente na França, nos séculos XVI e XVII, o termo disciplina designasse as matérias de ensino. O termo disciplinas escolares existia muito antes do surgimento do próprio termo. “A catequese católica, na época moderna, se fez segundo modalidades plurais, transformando-se muito cedo em verdadeira disciplina escolar nos colégios jesuítas” (JULIÁ, 2002, p. 60).

Ao longo do tempo a história do currículo foi uma sucessão de propostas de disciplinas,

desde as artes liberais, que na antiguidade Clássica foram defendidas como núcleo da formação de quem, na Grécia e em Roma, poderia ir além da mera preparação para as tarefas requeridas pela sobrevivência, passando pelo *trivium* e pelo *quadrivium*, os quais na Idade Média definiram o cânone escolar na Europa Cristã, até o rol de ciências que

## Pluralidade de Saberes

nos séculos mais recentes se tornaram o núcleo das atividades das instituições educativas nas sociedades industrializadas (BIANCHI, 2001, p. 34).

Desde a Antiguidade clássica há enunciação das finalidades da educação e que pode comprovar a existência de projetos educativos, currículos em épocas antigas:

a emergência de virtualmente todas as sociedades civilizadas foi acompanhada por prescrições educativas e programas para a aculturação das sucessivas gerações. O conceito de currículo está implícito mesmo nos programas e prescrições antigas das mais precoces sociedades civilizadas (BIANCHI, 2001, p. 146).

Com o apresentado anteriormente poderíamos afirmar que a Antiguidade Clássica guarda as raízes do currículo disciplinar, embora tal afirmação possa ser contestada quando se entende que o currículo disciplinar é uma construção exclusiva da modernidade. Entendemos que, apesar das várias dimensões da palavra currículo na contemporaneidade, a sua formulação “primeira” está ligada ao sistema educativo que se desenvolve em Roma e na Grécia e que nos períodos históricos posteriores ele foi ganhando características correlacionadas aos momentos históricos até a concepção de currículo disciplinar da atualidade, superando uma lista de disciplinas.

### IDADE MÉDIA

No século V o Império Romano do Ocidente estava completamente esfacelado pelas invasões germânicas. Em 476 d.C. o imperador é deposto pondo fim em definitivo ao império. Este fato marcou o final da Antiguidade e início de um período na história ocidental, a Idade Média. No entanto, o Império Romano do Oriente conseguiu manter uma estrutura duradoura até a queda de sua capital, Constantinopla, século XV. Sendo assim, pode ser um equívoco analisar a Idade Média apenas no contexto da civilização ocidental, principalmente pelas diferentes organizações sociais. Não devemos esquecer o desenvolvimento da sociedade Oriental e seus conhecimentos em diversas áreas, exemplo: na matemática (geometria, álgebra, trigonometria, equações, etc.), conhecimentos na medicina (anatomia e doenças), geografia (astronomia e cartografia) e estudos sobre Aristóteles (ANDERY et al., 2001).

Este período é dividido, pelos historiadores em alta Idade Média e baixa Idade Média. O primeiro, século V a XI, corresponde à transição entre o escravismo antigo e o feudalismo, o comércio já decadente, declina ainda mais. Os germanos levam aos povos dominados seus hábitos e suas leis. As cidades desaparecem, a base econômica tornou-se fundamentalmente agrícola. Os séculos X e XI correspondem ao apogeu do feudalismo e o século XII ao XIV à baixa Idade Média.

Com a queda do Império Romano do Ocidente toda a ação educativa do cristianismo foi ameaçada. São Gregório de Tours apud Bello (1978, p. 103) descreve o estado da sociedade neste tempo: “o estudo das letras desapareceu completamente, enquanto as boas e as más ações são praticadas com igual impunidade, tanto impera

a ferocidade dos bárbaros, que já não há quem possa descrever ou contar o curso dos acontecimentos trágicos”.

Podemos afirmar que nesta época não ocorreu total desprezo pela cultura greco-romana, exemplo disto foi Santo Agostinho que fundamentou a assimilação das disciplinas profanas *trivium* e *quadrivium* na magna carta da cultura cristã na Alta Idade Média, aceitando a herança greco-latina e reconhecendo seu valor para o estudo:

Se por ventura, aqueles que se chamam filósofos disseram algumas verdades conforme a nossa fé, e em especial os platônicos, não só não temos que temê-las, como devemos reclamá-las [...] e aplicá-las. [...] Porque [...] também as artes liberais, muito aptas para o uso da verdade, certos preconceitos morais utilíssimos e até se acham entre elas algumas verdades referentes ao culto do mesmo único/Deus (BIANCHI, 2001, p. 152).

Desse modo, Santo Agostinho consolidou o modelo disciplinar que orientou a educação escolar ocidental nos sete séculos seguintes.

Para Bello (1978) Marciano Capella, século V, foi o responsável pela sistematização definitiva das sete artes liberais como forma de currículo escolar, uma vez que, segundo ele, foi “pelos seus estudos que se fixou em sete o número dessas artes e se definiu a natureza de cada uma delas”. Até esta época não se tinha a divisão em *trivium*, ciências lógicas e filosóficas e o *quadrivium*, ciências dos números. Marciano Capella classificou os elementos do *trivium* como artes, não fazendo o mesmo com as disciplinas do *quadrivium*. Na antiguidade clássica o *trivium* servia para o treino do espírito, meio para a inteligência, enquanto as disciplinas do *quadrivium* possuíam um conteúdo transmissível, comunicável e ensinável.

Conforme assinala Durkheim, apud BIANCHI (2001, p. 153) o

*trivium* tinha por objeto ensinar ao espírito o próprio espírito, quer dizer as leis que obedece ao pensar e ao expressar o seu pensamento e, inicialmente, as regras a que deve se submeter para pensar e se expressar corretamente. Tal é, com efeito, o objetivo da gramática, da retórica e da dialética [...]. Desse modo, às artes do *trivium* se chamava artes sermocinales ou lógica. Ao contrário, o *quadrivium* era um conjunto de conhecimentos relativos às coisas. Seu papel era revelar as realidades exteriores e suas leis, leis dos números, leis do espaço, leis dos astros, leis dos sons. *Trivium* e *quadrivium* estavam, pois, orientados em dois sentidos diferentes: um para o homem, para o espírito, o outro para as coisas, para o mundo.

A partir das invasões muçulmanas, o cânone curricular das sete artes liberais foi ruindo pelo desmembramento do Império e ruralização da sociedade. Com as invasões germânicas houve fragmentação cultural e lingüística, um fosso entre a população e a educação escolar no Ocidente Europeu. A exceção ocorreu nas zonas mediterrâneas onde o urbanismo persistiu por mais tempo o que tornava a escrita e leitura necessárias.

Com a insegurança que dominava a sociedade, as cidades foram se esvaziando, as pessoas buscavam segurança em volta do castelo do senhor feudal, a sociedade tornou-se agrária e artesanal. No feudo havia a produção autossuficiente, as trocas eventuais entre os feudos ocorriam em menor escala com pouca importância econômica. Uma sociedade baseada nos laços de suserania e vassalagem.

Nesta época o estrato social tinha o Rei na ponta, seguido pelo Clero, alta e pequena nobreza e os servos (ARANHA, 1989). A cidade neste período tinha pouca importância, os feudos conseguiam sobreviver com a produção do trabalho interno. O contexto explica a pouca importância dada à produção de conhecimento científico e técnico. Andery et al. (2001) lembra que as raras inovações desse período, deram-se em termos técnicos oriundos dos povos bárbaros que introduziram, por exemplo, o estribo para cavalos, arado de rodas e o cultivo de cereais.

Aos servos não era necessário educação, pois dentro de uma sociedade estática ensinava-se que Deus determinava a posição social de cada um, e também não era conveniente ao clero e a nobreza a educação para os servos. Pela ascensão do domínio da Igreja, o patrimônio cultural e intelectual greco-latino permaneceu, nesta época, restrito ao espaço dos mosteiros, onde nem servos e nobres tinham acesso à leitura (ARANHA, 1989).

Durante o período feudal, a Igreja católica manteve posição significativa. O poder econômico da Igreja católica aliado a uma estrutura hierarquizada e centralizada garantiu-lhe um domínio que transcendia os limites físicos dos feudos. Detinha o monopólio do saber pelo domínio da escrita e leitura e controle do sistema educacional formal. Sua hegemonia expressava-se nas ideias e princípios jurídicos, políticos, econômicos, éticos e morais. Seus esforços voltaram-se a organização da disciplina e no culto, na figura dos dogmas e da moral, dizer aos Homens o que era certo e o que era errado, o que era o Bem e o que era o Mal. A Igreja assumia, assim, a tarefa de pensar por todos os homens da época. Por isso, as ideias religiosas eram colocadas em termos absolutos e inquestionáveis sob a forma de dogmas e de uma moral rígida (ANDERY, 2001).

Todo este contexto de subordinação à Igreja católica evidencia o porquê da produção de conhecimento científico ter um caráter mais metafísico do que explicativo. As explicações dadas aos fenômenos estavam relacionadas aos valores religiosos, de um mundo criado e organizado por Deus. As doenças eram relacionadas às influências astrológicas, anormalidades climáticas e castigos divinos. A razão era menosprezada em favor do papel verdadeiro da fé, que tinha como fonte de doutrina a Bíblia. Para justificar este pensamento utilizavam-se explicações oriundas da cultura grega. Havia a utilização de Platão e Aristóteles de forma adaptada ao cristianismo. No pensamento medieval, Alta Idade Média, expressou-se a filosofia platônica através de Santo Agostinho e Aristóteles recuperado por Santo Tomás de Aquino.

A escola não se restringia à transmissão de conteúdos, mas à formação moral. O conteúdo da educação medieval era constituído principalmente pelas sete

artes liberais, conservando a cultura greco-latina. No entanto, a natureza e a orientação destes estudos diferiam da antiguidade. Tornaram-se impregnados pelo espírito de sacralidade, orientados para a filosofia e teologia. A gramática era totalmente voltada aos escritos dos padres e às Sagradas Escrituras e a Dialética; a Retórica passou a ser mais voltada à redação de que no sentido da oratória. A aritmética se limitava aos rudimentos do cálculo, pois não se conheciam ainda os algarismos arábicos (BELLO, 1978). Isto evidencia que o cristianismo medieval marcou a desvalorização das disciplinas do *quadrivium* e enalteceu o *trivium*. A relação educacional que se estabeleceu era fundamentada por ação individual: educador de um lado e educando de outro, ainda não se tinha o agrupamento coletivo para o ensino. Tal condição estava articulado ao modo de trabalho artesanal da época (BIANCHI, 2001).

Dentro desta sociedade feudal o modo de produção artesanal pode ser descrito pela presença do mestre artesão, que detinha o poder teórico prático sobre uma atividade. Em um paralelo com o processo educativo, o mestre ou preceptor, na educação, era o senhor dos segredos do trabalho didático e dominava a atividade do ensino.

A partir do século X com a expansão do comércio e o reaparecimento das cidades toda a supremacia da Igreja e senhor feudal foi abalada por uma nova classe, a burguesia. Nesta época, o homem aprendeu a utilizar a força dos animais, do vento e da água contribuindo para o desaparecimento da escravidão e aumento das áreas de cultivo.

O aumento da população significou multiplicidade da mão-de-obra disponível e ampliação do mercado de consumo, o que refletiu no aumento de produção agrícola. Este foi possível devido às inovações técnicas na agricultura, as quais, por sua vez, possibilitaram a produção de excedentes para as trocas comerciais e a liberação de uma parte da população para outras atividades econômicas, como o artesanato e o comércio (ANDERY, 2001, p. 139).

As famílias se tornaram mais numerosas e a população dos burgos se alargou, as pessoas deixavam o campo na esperança de uma vida livre “Revela-se assim, a origem de uma nova ordem social, em que a condição dos sujeitos vai aos poucos modificando pelo esforço e sorte diante das oportunidades da vida” (BIANCHI, 2001, p. 163).

Consequente, as transformações econômicas repercutiram no contexto da educação. O ensino se tornou mais democrático de sentido prático e comercial. Se inicialmente as escolas monásticas eram frequentadas somente pelos monges, neste momento havia outros interessados em aprender a ler, escrever e calcular e, também, outros conteúdos de ensino foram postos como necessidade diante do desenvolvimento econômico e ideológico que emergia.

Com a urbanização, desenvolvimento comercial e conseqüente divisão do trabalho a quantidade de escolas aumentou, o ensino convencional, dogmático foi substituído por métodos mais livres das escolas catedralísticas, localizadas nos burgos

(BIANCHI, 2001). Para Alves (2005, p. 22-23) “com isso, timidamente, começaram a surgir ‘escolas’ nestes estabelecimentos, que nada mais eram do que espaços físicos devotados à atividade de ensino”. Ainda menciona que estas escolas eram independentes uma das outras. Forrava-se o chão com palha e os alunos sentavam-se, então, o mestre esperava pelos alunos, como o comerciante espera pelos fregueses.

Avançando nesta questão pode-se dizer com Debesse; Mialaret (1977) que, inicialmente os burgueses frequentavam as escolas clericais, as únicas existentes, porém, o espírito, organização e conteúdo não convinham com as exigências novas. Isto somado com busca por educação, estas escolas não conseguiram absorver toda a demanda popular, então se criaram escolas municipais de caráter nacional que estavam, ainda, subordinadas a autoridade da Igreja católica, condição que deu indícios de como o currículo pode ser controlador e refletir os domínios de quem está no poder.

O contexto ideológico da burguesia, que se guiava pela razão, definia as fontes dos conteúdos utilizados no trabalho didático. Houve a recuperação dos clássicos greco-latinos, porém, de forma fragmentada e que interessava a doutrina da Igreja, já que neste tempo esta, ainda, dominava a educação.

Mesmo com as mudanças dos conteúdos didáticos pela alteração de um modo de produção por outro, da hegemonia de certa força social, o ensino continuava sendo de relação individual entre o preceptor e o discípulo, cuja matriz era o artesanato (ALVES, 2005).

Toda esta demanda por educação pelos burgueses e nobreza sinalizava a crise no ensino individual que, posteriormente possibilitará a emergência do ensino coletivo com uma nova organização. Havia então, a necessidade de sistematização da organização do trabalho didático que conciliasse o atendimento individual e o coletivo, mesmo assim, por algum tempo o ensino continuou individual.

Percebe-se uma forte vinculação das características do trabalho didático com as do modo de trabalho artesanal, sendo os discípulos atendidos em conjunto, mas sem divisão de níveis de conhecimentos e formação de classes. Com este entendimento sublinha Alves (2005, p. 23) que, “o preceptor atendia individualmente cada um dos jovens, cuja educação havia sido colocada sob sua responsabilidade, dividindo a atenção entre eles pela distribuição de seu tempo diário de trabalho”. Ainda contavam com a ajuda dos alunos mais adiantados para o atendimento individual, uma vez que este atendimento se justificava pela diferença de níveis de aprendizagem.

A divisão do trabalho, inerente a vida nas cidades, levou à especialização do ensino e, posteriormente, à origem do currículo moderno e um trabalho didático coletivo. Os professores se profissionalizaram.

É exatamente como um artesão, como um homem de ofício comparável aos outros que habitam as cidades, que se sente o intelectual urbano do século XII. [...] a estes artesãos



## Pluralidade de Saberes

do espírito [...] faltava se organizarem no interior de um grande movimento corporativo. [...] essas corporações de mestres e estudantes serão em sentido estrito as universidades (BIANCHI, 2001, p. 180).

Por volta do século XII ampliou-se a procura por estudos como a teologia, filosofia, leis e medicina, vinculada às solicitações de uma sociedade cada vez mais complexa e exigente, sendo as universidades o produto deste interesse.

Observa-se neste período que, ainda, as universidades não rompem com o modo de ensinar individual que se sustentava até o século XV. O mestre ligava-se a inúmeros discípulos, heterogêneos quanto à instrução e idade. Inspirando-se no modelo medieval, as universidades foram constituídas por corporações, estudantes, bacharéis e mestres ou doutores. Assistiu-se a instauração da manufatura em que mestres, oficiais e aprendizes sob um mesmo teto possibilitaram a incorporação da divisão do trabalho ao ofício e o emergir da manufatura (ALVES, 2005).

Neste tempo, o plano de estudos das universidades não era fixado pela Igreja, mas pela própria instituição e autoridade leiga. Pode-se dizer que em parte reproduzia o sistema escolar precedente, as disciplinas eram coroadas de discussões e pelo ensino da dialética, considerada chave ao enfrentamento de outras disciplinas. Conforme Aranha (1989) foi na época do nascimento das universidades, que se introduziu no currículo das faculdades de artes a Física, a Metafísica, a Ética, e as matérias do *quadrivium* passaram a formar a disciplina de Matemática.

Conforme Reis (2001), as primeiras universidades surgiram na Europa ocidental, não sendo possível estabelecer, com exatidão, a data da criação destas, uma vez que, a definição precisa da data de criação das primeiras universidades depende do critério adotado pelos diversos autores. Entretanto, pode-se indicar Bolonha, Paris e Oxford como contemporâneas.

No século XIV se gestava os novos rumos para a ciência, educação e literatura, consubstanciada por uma visão mais humanista, voltada ao indivíduo e à política. O desenvolvimento do comércio, o interesse dos burgueses pelo saber, o prestígio das universidades, a decadência do domínio da Igreja sobre os conteúdos escolares, a descoberta da imprensa, a tomada de Constantinopla pelos turcos (1453) e o resgate das obras da Antiguidade anunciavam o surgimento do movimento renascentista. Época em que a Igreja percebeu minado todo seu prestígio majestoso, que se degradava e enfraquecia. Guerras se instalaram resultando na ruína econômica, êxodo rural e a crise do feudalismo.

Alguns historiadores veem a Idade Média como um período de total atraso da cultura e do saber. Partindo deste conceito o Renascimento era percebido como o renascer do saber da Antiguidade. No entanto, pelos estudos atuais a Idade Média passou a ser concebida de modo diferente, uma vez que ela não prescinde da cultura clássica como fonte de informação para a educação. Incorpora-a, na medida do que é conveniente para o pensamento cristão medieval, como na utilização pelas escolas monásticas do *trivium* e *quadrivium*.

Afirma-se então, que o renascimento não deixa de ser uma revivescência dos estudos clássicos, mas, também, uma nova perspectiva de abordagem e orientação dos estudos. Para Bello (1978), quando se associa humanocentrismo ao Renascimento, não se quer dizer que na Idade Média não existiu sentimento e atividades humanas, mas que com o renascimento, a educação e cultura se deslocaram do centralismo religioso para os problemas terrestres e humanos.

Ainda é preciso destacar que a cultura medieval chegou até nós, na medida em que o humanismo clássico (Paidéia grega) transformada pelo cristianismo foi apropriado pelos jesuítas, primeiros formadores da educação do Brasil (ARANHA, 2006).

Portanto, este período histórico não deve ser concebido como a idade das trevas, pois em vários momentos houve produções culturais: Renascimento carolíngio (IX), com fundação de escolas e reformulação do ensino; ascensão da burguesia comercial e reaparecimento das cidades XI, a criação das universidades nos séculos XII e XIII, a utilização de um modelo de ensino baseado nas disciplinas do *trivium* e *quadrivium* que orientará a educação escolar nos séculos subsequentes.

### IDADE MODERNA E CONTEMPORÂNEA

Toma-se o ano de 1493 como o símbolo do surgimento de um ciclo histórico que deixa para trás uma sociedade estática, autoritária, governada pela autoridade religiosa para marcar o nascimento do Estado Moderno. Este pode ser caracterizado pela retomada do comércio, Estados nacionais, nova interpretação de homem e economia de intercâmbio, ou seja, gestava-se o sistema capitalista de exploração de todo recurso (natural, humano e técnico).

Segundo Cambi (1999) mudam-se os fins da educação, agora ela é destinada a um indivíduo ativo na sociedade, liberado do vínculo religioso, nutrido de pensamento racional. A escola passa a ocupar local central e funcional para o desenvolvimento da sociedade moderna: sua ideologia e sistema econômico.

Não por acaso, o Renascimento é o período das grandes transformações. Aguça-se a curiosidade pelo corpo humano e pela natureza. Uma nova imagem de mundo é construída por Copérnico. Educar-se passou a ser uma questão de moda e uma exigência para tal época (ARANHA, 1989).

A expansão da crença protestante fez com que a Igreja desencadeasse uma forte reação oponente conhecida como propõe a Contra-Reforma, que intencionava restaurar o domínio da Igreja, moralizar os costumes, restabelecer a vida cristã. Foram criadas ordens religiosas e escolas, a fim de conter o protestantismo e difundir a doutrina da Igreja católica. Uma das ordens criadas foi a Companhia de Jesus no século XVI. Esta ordem se espalhou pelo mundo propagando a fé, a luta contra os hereges, com a estratégia de conquistar as almas jovens, pela multiplicação das escolas (ARANHA, 1989).

O ensino continuou pautado nos clássicos *trivium* e *quadrivium*, como na Idade Média, persistindo uma educação formal. A educação era concebida como

instrumento para a divulgação da Reforma, permitindo a todos os homens a leitura e interpretação da Bíblia.

O aparecimento dos colégios do século XV até XVIII é correlato ao surgimento de uma nova imagem da infância e da família. Na Idade Média, não havia uma organização, em níveis de aprendizagem. A partir do século XV e XVI é que se percebia a separação do mundo infantil e o adulto, a escola passou a preocupar-se com a formação moral (ARANHA 1989).

O monopólio da educação pertencia a Companhia de Jesus que se destacava pelas regras sobre a ação pedagógica, evidenciado pela organização e plano de estudos: *Ratio Studiorum*<sup>6</sup> que conservava o conteúdo da escolástica medieval.

Inicialmente a Companhia de Jesus não se interessava pelo trabalho educacional, mas devido às pressões sociais que reconheciam a educação como instrumento de luta ideológica, a elegeu como prioridade. Adotou-se, também, pelo grande número de jovens, o *modus parisienses* de ensinar que implicava na forma de distribuição dos alunos por níveis de adiantamento, o que resultou na formação de classe. Consequentemente observou-se uma precoce divisão no trabalho didático, professores assumiam uma classe e matérias diferentes (ALVES, 2005). Este autor, ainda, relaciona tal contexto com a progressão dos níveis de escolarização e que foram se fixando e aperfeiçoando até o plano de estudos sistemático, com a articulação horizontal e vertical.

Segundo Alves (2005), o plano de estudo jesuíta era uniforme de modo que se constituía em um bloco monolítico que todos trilhavam, desde os estudos de gramática latina até os de teologia. O que já aponta uma possível organização do ensino, mais regular e igual para todos, sementes do atual modelo e, também, substanciada nas manufaturas nascentes.

Para o mesmo autor o trabalho didático não estava organizado de forma a exigir especialização dos mestres, as especializações não existiam. Reconhece-se que situações de distribuição de encargos possibilitavam uma incipiente divisão do trabalho didático, uns ministravam gramática latina, outros humanidades, retórica, filosofia e teologia.

As práticas e conteúdos da educação jesuíta baseados no *Ratio Studiorum* aplicavam-se nos cursos: *Studia inferiora*: letras humanas, de grau médio, com duração de três anos e constituído por gramática, humanidades e retórica, formava o alicerce de toda a estrutura de ensino, baseada na literatura clássica greco-latina; filosofia e ciências duração de três anos, objetivava formar o filósofo e oferecia as disciplinas de lógica, introdução às ciências, cosmologia, psicologia, física, metafísica

---

<sup>6</sup> *Ratio atque institutio studiorum Societatis Jesu* é um documento de trinta capítulos que retoma as considerações pedagógicas contidas nas Constituições da Companhia de Jesus, que desse modo simboliza as bases de um programa formativo de caráter católico que se estendeu aos colégios jesuítas. Havia rígidas normas que abrangem toda a organização da vida nos colégios, desde as disposições didáticas relativas aos professores e estudantes e as várias disciplinas ensinadas (CAMBI, 1999).

e filosofia; *Studia superiora*: teologia e ciências sagradas, durando 4 anos, coroava os estudos e visava a formação do padre (ARANHA, 2006).

Segundo Alves (2005), o processo de trabalho educativo dos Jesuítas estava na ponta do processo que resultou a escola moderna. Pode-se dizer que prenunciava a escola moderna reclamada pelos burgueses.

Neste cenário a colonização assumiu características empresariais e a Europa enriqueceu pela exploração das colônias. Numa época de transição de um regime social para outro, características do novo se misturaram com o velho. A substituição do feudalismo pelo capitalismo significou a substituição de terra por dinheiro como simbologia de riqueza (ANDERY et al., 2001). A ciência deixa de ser submetida à teologia para servir à nova classe. Período em que havia a predominância do ensino da Companhia de Jesus pautada no ensino tradicional escolástico com ênfase no latim, na retórica e obras clássicas com espírito religioso e desprezo pelas descobertas da ciência (Galileu, Kepler e Newton) e pela filosofia de Descartes (ARANHA, 1989).

Nesta época os servos começaram a migrar para as cidades fugindo dos domínios senhoriais. As oficinas servis, nos feudos, foram substituídas por oficinas urbanas organizadas em corporações de ofício. Organizava-se a produção manufatureira com execução de um trabalho coordenado e parcelado. Agora os trabalhadores atuavam de forma coletiva e combinada, regidos pela divisão do trabalho e produziam mais do que o mesmo número de trabalhadores atuando individualmente (ALVES, 2005).

No modo de produção manufatureiro havia a agregação de artesãos sob uma mesma oficina, trabalhando de forma independente, mas utilizando o mesmo espaço físico e instrumentos de trabalho. A queda do custo de produção das mercadorias, devido a esta utilização comum, criou condições materiais para a manufatura capitalista, caracterizada pela divisão do trabalho que vinha em sequência. O que se presenciava nos colégios não se afastava deste contexto: os padres eram de formação semelhante, possibilitando que atuassem nas mais diferentes áreas do plano de estudo, assemelhando-se com o preceptor medieval que acompanhava o discípulo do início até a formação humanística (ALVES, 2005).

A divisão do trabalho permitia que diferentes operações realizadas por diferentes trabalhadores se desenvolvessem de forma controlada, segundo um plano prévio e intencional que as articulava. Neste sentido, o trabalhador deixou de ter domínio sobre todo o processo de produção, seu conhecimento teórico e prático limitava-se às operações que executava, originando um trabalhador parcial. Tal panorama levou ao aumento da produção, economia de fadiga, tempo e recursos e barateamento da força de trabalho (ALVES, 2005).

Outra questão a ser destacada é o aumento dos alunos dando as condições para a divisão do trabalho didático, com a organização de seriação, diferenciação entre as áreas do conhecimento e professores especializados refletindo na escola, a

fragmentação do processo de trabalho e a produção de trabalhadores especializados, modelo da manufatura (ALVES, 2005).

O processo de ensino na escola moderna inspirou-se para organizar seu trabalho didático na manufatura burguesa. A educação também reconhecia a necessidade de abandonar o mestre artesanal em favor do professor manufatureiro. O professor com a função de alfabetizar, ensinar a escrita, até a formação humanística cede espaço ao professor manufatureiro, com parcelas do processo educacional (ALVES, 2005).

Em consequência da divisão do trabalho didático em níveis de ensino (séries e áreas de conhecimento) o professor se especializava em algumas etapas daquele processo. É necessário reconhecer que esta organização respondeu a uma necessidade social premente. Comenius com a organização do trabalho didático possibilitou a instauração do manual didático no espaço escolar (ALVES, 2005).

Se antes a educação baseava-se no trabalho artesanal, caracterizado por relação individual (preceptor/aluno e tabuinhas enceradas), via-se, a partir de então, o nascimento de condições educacionais baseadas na divisão do trabalho, na especialização do trabalho didático. Os “professores manufatureiros” adotam um conjunto de alunos, deixavam de ter vínculo individual para trabalhar com a coletividade. De fato, o nascimento da escola tradicional relacionava-se com espírito mais moderno, acompanhando o modo de produção e organização social com vistas a atender às necessidades sociais posta por aquele momento histórico.

Nessa direção, as iniciativas para que a escola assumisse o papel de instituição social responsável pela educação rompendo com o modelo feudal pode ser percebido na proposição do plano de trabalho de um colégio em 1540 citado por Petitat:

[...] até o momento não tivemos qualquer preocupação quanto à ordem mais conveniente dos conteúdos a serem ministrados, e misturamos e confundimos tudo. Estes hábitos viciados serão banidos da nova escola, na qual seguir-se-á um método [...] mais apropriado aos diversos graus de desenvolvimento da criança e à natureza das matérias que ela deva estudar [...] a escola se dividirá em classes de acordo com a idade e o desenvolvimento dos alunos. O ensino das crianças pequenas será diferente daquele dos adolescentes, e ambos terão seu início, sua marcha progressiva e seu final. [...] Correspondendo a esta divisão do tipo de linguagem adotada e à diversidade de idade e aptidões que elas fazem supor, estabelecemos oito classes nas quais são repartidos os estudos destinados à infância. Chegando ao redor dos cinco ou seis anos de idade, o aluno permanece até os quinze anos, percorrendo um grau por ano. [...] dos quinze aos vinte anos, ele segue as lições públicas e se inicia nas altas ciências e artes. [...] seus estudos são menos regulamentados e deixam de ser distribuídos em classes diferentes. [...] aos vinte anos, o rapaz [...] encontra-se em condições de abordar os estudos superiores, Medicina, Direito, Teologia (PETITAT Apud ALVES, 2005, p. 78-79).

A Europa no século XVII vivia uma contradição, de um lado resquício da nobreza feudal e de outro as aspirações e valores da classe burguesa, o que se refletia na educação. Almejava-se uma pedagogia contextualizada com a realidade social, em

alguns casos, até universal, estendida a todos. Em contrapartida, para além das discussões dos filósofos e teóricos da educação, de maneira geral, as escolas continuavam ministrando um ensino conservador. A partir desta situação dualista gestava-se a escola tradicional que se consolidará no século XIX (ALVES, 2005).

Neste mundo de organização, a divisão em classes distintas foi essencial. No século XVII afirmava-se uma pedagogia epistemológica e socialmente engajada representada especialmente por Comenius e seus colaboradores.

Segundo Debesse e Mialaret (1977, p. 307), as obras de Ratichius e Comenius constituíram a ideologia e a escola hoje denominada tradicional, entendida como método estrito e ordem cuidadosamente elaborada. Para o primeiro “não se deve ensinar senão uma coisa de cada vez [...], deve-se tomar uma coisa depois da outra, com ordem; deve-se dominar bem uma, antes de passar à outra” e o segundo dirá o mesmo “a ordem em tudo é o fundamento da reforma escolar”.

Conforme estes pensadores, o método de ensinar até aquele momento foi desorganizado porque os mestres não souberam introduzir a ordem: “a arte de ensinar nada mais requer além de boa repartição do tempo e das matérias”. O mestre deve separar os assuntos de estudo numa gradação, o precedente abre caminho para o seguinte, que incorpora o anterior (DEBESSE; MIALARET, 1977).

Comenius defendia ordem ao conjunto de alunos e mestres. O mesmo método para todas as escolas, professores e matérias. No sentido de que

[...] a razão explícita é que assim os alunos não ficarão desorientados ao passar de um ensino para outro; a razão fundamental é sem dúvida, a exigência de uma ordem tanto mais rigorosa e fácil de verificar quanto será única, e a convicção de que um só método é válido, seja qual for a diversidade dos casos individuais, e deve ser aplicado imutavelmente, em todas as ocasiões (COMENIUS, apud DEBESSE; MIALARET, 1977, p. 312).

A utilização da ciência está consoante com os interesses governamentais e as exigências da produção capitalista. É o contexto que propicia as condições do surgimento da ciência moderna, no século XVII, com Galileu (1564-1642). No entanto, era necessário derrubar a visão de mundo aristotélico em que o Universo era estático, fechado com seres caminhando a um fim determinado. A nova visão de mundo, no período de transição era mecanicista.

Podemos afirmar, com base nos autores até aqui citados, que o início pleno da modernidade pode ser datado a partir do século XVII, embora não o seu desenvolvimento completo e efetivo, que se dará nos séculos posteriores. É o século da nova ciência que possibilitou o amadurecimento de uma visão do mundo e de uma nova concepção do saber. A grande inovação da ciência moderna, a partir de então, relacionava-se ao método científico, que seria buscado por cientistas e filósofos. Através da ciência moderna construiu-se uma nova imagem de universo e o repensar do conhecimento, seus caminhos e determinações. A fé e a contemplação

deixavam de serem estratégias para se chegar à verdade. Considerações que fazem parte das preocupações de Galileu, Bacon, Descartes, Hobbes, Locke e Newton.

No século XVIII predominavam ideias iluministas<sup>7</sup>, a razão humana era vista como necessária à interpretação e reorganização do mundo. Havia o prenúncio de mudança com a revolução científica e o racionalismo, baseada na concepção de um Homem confiante e artífice do futuro que não se contentava em observar a natureza, mas intencionava conhecê-la para dominá-la.

O modelo meta-físico-religioso, que tinha sido típico da Idade Média, entra num declínio cada vez mais nítido. Pretendia-se formar um homem social, ativo e útil para a sociedade, delinear uma cultura socialmente engajada, caracterizar a sociedade sob o aspecto da eficiência, de produção e de governo, em que a instância religiosa era funcional às necessidades do homem e não legitimada no sentido ontológico-teológico (CAMBI, 1999).

Na economia, as ideias do liberalismo predominavam, com as aspirações da burguesia de dominar os negócios sem a intervenção do Estado mercantilista. Na política há oposição ao absolutismo, influenciado por pensadores como Locke e Rousseau. Aumentavam as críticas ao ensino Jesuíta e em 1773 a Companhia é suprimida (ARANHA, 1989).

Em 1750 com a introdução da máquina à vapor iniciava a Revolução Industrial, alterando o panorama socioeconômico com a mecanização da indústria e a efervescência dos movimentos da burguesia reivindicando poder político. O aparecimento da indústria moderna foi possível graças ao capital acumulado e mão-de-obra livre sem propriedades, esta pelo fechamento de terras, aumento de arrendamentos e êxodo rural. No sistema fabril o trabalhador se adapta ao processo de produção. A máquina determina o ritmo do trabalho, é responsável pela qualidade do produto. Assim, elimina-se o artesanato e a manufatura.

O sistema fabril, com suas máquinas movidas a vapor e a divisão do trabalho, podia fabricar os produtos com muito mais rapidez e mais barato do que os trabalhadores manuais. Na competição entre trabalho mecanizado e trabalho manual, a máquina tinha de vencer. E venceu milhares “de pequenos mestres manufatores e independentes” decaíram à situação de jornaleiros, trabalhando por salário (HUBERMAN, 1979, apud ANDERY et al., 2001, p. 174).

Já não fazia sentido o ensino ficar subordinado à doutrina religiosa. A escola deveria ser livre e independente. Então a partir destas ideias iluministas que se

---

<sup>7</sup> Mais que um movimento foi um modo de pensar. Consequência da revolução científica do final do século XVII. Linha filosófica caracterizada pelo empenho de estender a crítica e a razão em todos os campos da experiência humana. A compreensão pelo Homem, de si mesmo e da sociedade só poderia ser alcançada pelo método científico da observação e dedução. Período que vai dos últimos decênios do século XVII aos últimos decênios do século XVIII, conhecido como século das luzes (ABBAGNANO, 1970).

desenvolveu uma política educacional direcionada a tornar a escola leiga e em função do Estado.

No século XIX se percebe, de forma mais evidente, o impacto das mudanças da Revolução Industrial. As máquinas contribuíram para o desencadeamento de alterações nas relações de produção, com o desenvolvimento do sistema fabril e divisão do trabalho. Houve ampliação da produtividade com as novas tecnologias, mudanças nos transportes, novas fontes de energia e êxodo rural. A partir de 1870 com o aumento da produção, o capitalismo deixava de ser livre e concorrencial para ser o moderno capitalismo regido pela formação de monopólios. A busca da expansão comercial, pela necessidade de mercados consumidores e matéria-prima iniciou a fase do imperialismo colonial (ARANHA, 2006).

Em um modo de produção em que o Estado se esforçava para oferecer escola gratuita para os pobres, os ricos ainda procuravam as escolas tradicionais religiosas. Lentamente, o governo interveio nas escolas particulares, mediante legislação que buscava uniformizar o calendário escolar, controle do tempo, o currículo, os procedimentos criando os “sistemas educativos nacionais”. A rede escolar expandiu-se, houve ampliação do ensino elementar, da rede secundária, além da novidade da pré-escola. Mantinha-se a dicotomia, do ensino clássico à elite burguesa e o ensino de instrução técnica ao trabalhador (ARANHA, 2006).

A necessidade de ampliar a alfabetização fez com que se ampliasse o sistema de monitoria. Neste, os alunos mais adiantados, monitores ensinavam os outros. Os alunos eram divididos em grupos dependendo do seu estágio de formação em que se encontravam. O professor supervisionava o andamento das aulas e interferia quando necessário.

A instituição escolar apesar de guardar raiz na sociedade pré-moderna apresentava características novas. A partir de então já se encontravam organizadas em classes por idade, com socialização dos programas e métodos e modernização dos currículos. São escolas organizadas e administradas pelo Estado, capazes de formar o homem-cidadão, o homem-técnico, o intelectual, e não mais o cristão ou o bom católico (CAMBI, 1999).

Novos elementos do conhecer e do saber, além do linguístico que estarão em foco na formação escolar passam a compor o cenário educacional.

A própria cultura escolar, portanto, foi se renovando profundamente. Matemática e ciência, política e religião universal, ou tolerância, compreensão, diálogo, começarão a fazer parte do currículo formativo ideal, pelo menos dos grupos sociais privilegiados e destinados a um papel de direção política. Tanto Locke como Rosseau, tanto Comenius como os mestres de Port-Royal ou Fénelon delineiam currículo mais rico e complexo do que os da escola humanista e vão esboçando os conteúdos culturais da escola moderna que, retomados pelos propagandistas do iluminismo europeu, se tornarão o modelo e o itinerário formativo da escola burguesa (CAMBI, 1999, p. 209).



Historicamente, a diferenciação do conhecimento em uma multiplicidade de disciplinas autônomas é algo que vem ocorrendo desde o início do século XIX, vinculado ao processo de transformação social dos países europeus e que necessitava de uma especialização de acordo com a divisão material do processo de produção. “As técnicas e saberes foram se diferenciando progressivamente, surge o conceito de disciplina com um objeto de estudo, marcos conceituais, métodos e procedimentos específicos” (SANTOMÉ, 1998, p. 56).

Avaliando a revolução industrial e início do século XIX a educação também se alterou. Com o sistema fabril a educação doméstica abriu espaço para a influência estatal. O sistema de sala de aula inaugurou um mundo de horários e de lições compartimentadas, tendo a disciplina escolar como manifestação desta mudança. Os vocábulos classe e currículo são usados na educação quando a escolarização passou a ser em massa “sistemas de sala de aula” (GOODSON, 2001, p. 66). Ainda para este autor, a mudança das classes para as salas de aula refletiu uma transformação mais geral na escolarização: a vitória final das pedagogias de grupo sobre as formas individualizadas de ensino e de aprendizagem.

Na modernidade, a escola é racionalizada para se tornar mais adequada a seus objetivos de transmitir conhecimentos e saberes organizados e especializados. Também se modifica no aspecto de disponibilizar “classes de idade”, através da organização do ensino mediante disciplina e a prática de exames.

No sistema escolar moderno há a divisão do tempo das lições e a prática didática, estruturada na explicação-arguição e da dissertação e exercício. Os programas são renovados, há a introdução das línguas modernas e as ciências modernas, objetivando uma formação cultural mais desfrutável, mais dinâmica. Nascem, também, os textos das várias disciplinas, que auxiliarão na aprendizagem do estudante. É a renovação da organização escolar, tendo em vista as necessidades produtivas e, portanto, técnicas da sociedade-nação-Estado.

Assim, a organização do que e de como ensinar pode ser datada na antiguidade, com o ensino das sete artes liberais, o que não deixa de ter relação com a “ideia” de disciplina escolar. Logo, a expressão mais coerente com o que convivemos pode ser localizada na forma de organização disciplinar, característica da idade moderna e contemporânea.

Se na Idade Média a organização dos saberes estava circunscrita e fechada no *trivium* e *quadrivium* como desde a Antiguidade, agora se trata de perceber o currículo como construção aberta, regido pela lógica disciplinar e com a necessidade de reproduzir os novos conhecimentos e dar conta da dinâmica da Modernidade.

Destaca-se, sem dúvida, que a organização e objetivos pedagógicos da Antiguidade diferem da atual concepção de disciplina escolar visto que, aquele modelo de sociedade exigia outro tipo de educação e formação e, com o tempo este currículo foi se aperfeiçoando/adequando para atingir as demandas da atual sociedade. Além disso, esta organização foi substancial para a extensão da ação educativa aos estratos societários até então, nunca abarcados por ela, mesmo que

fosse uma educação para o treino e para o desempenho de tarefas manuais, próprias ao novo ator social inserido na produção – o operário.

Naquela época, quando uma incipiente indústria se organizou se questionava o currículo e o ensino elitista. Tornava-se, assim, necessário alfabetizar os trabalhadores. É nesta configuração que o currículo passou a significar mais do que uma organização de matérias, metodologias de ensino; vindo a significar uma forma, um modo de vida. A ideia de currículo derivada do pragmatismo orienta-se para a ação educativa na dimensão de instrumento, prática e funcional que possibilitaria à escola desenvolver um trabalho mais “produtivo” e econômico. Esta concepção de currículo revestia-se de valor prático e de lucro a ser obtido.

Há a indicação que a organização disciplinar guarda, contraditoriamente, elementos positivos e negativos; se por um lado serviu para inserir o trabalhador e, de fato, discipliná-lo, por outro, continha a possibilidade de acesso a algum tipo de saber socialmente válido e construído como a escrita e a leitura e que até então, eram privilégio das classes superiores.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os autores se reportam ao currículo como algo que tem intrínseca relação com o contexto social, de caráter político e possuidor de características historicamente localizadas em determinada sociedade. Logo, o currículo disciplinar é um artefato enraizado nas características e demandas da vida moderna e que extravasa o ambiente escolar. Um sistema de organização do ensino articulado com as mudanças no plano econômico, social, cultural e político do mundo pós-medieval.

Desde a Antiguidade clássica havia, ainda que rústico, um programa de ensino para as escolas, conhecido como as sete artes liberais que abarcava a definição dos conteúdos a serem ensinados aos alunos. Posteriormente na Idade Média houve um aprimoramento do sistema educativo anterior e as sete artes liberais, que eram denominadas de *trivium* e *quadrivium*, constituíram os elementos norteadores da educação medieval. Foi pela Companhia de Jesus que o ensino tornou-se organizado em níveis de seriação e planos de estudos e foi pelo modelo de ensino Jesuítico que se moldaram as características no atual modelo curricular disciplinar.

O contexto da Idade Moderna fez da educação o centro da vida social, havia necessidade de um indivíduo mais racional, educado e socializado, com conhecimentos para operar máquinas e comportamentos homogêneos e funcionais preparado para viver numa sociedade industrializada e guiada pelo setor da produção, sem ter seus pensamentos e atitudes guiados pela doutrina religiosa. Para tanto, rompe-se com o saber delimitado e regido pelo autoritarismo religioso para elaboração de um novo modelo teórico que integra disciplina, cultura e uma educação mais científica e racional. Ao analisar as possíveis origens do currículo disciplinar observa-se que ele cumpre um percurso, desde o seu caráter utilitário para a vida social, econômica e política, ou seja, sua origem está na compreensão das finalidades que presidem a escolarização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, G. L. **O trabalho didático na escola moderna**: formas históricas. Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

ANDERY, M. A. et al. **Para compreender a ciência**: uma perspectiva histórica. 10 ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 2001.

ARANHA, M. L. de. **História da educação e da pedagogia**: geral e Brasil. São Paulo: Moderna, 1989.

\_\_\_\_\_. **História da educação e da pedagogia**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

BELLO, R. de A. **Pequena história da educação**. 12. ed. São Paulo: Ed. Do Brasil, 1978.

BIANCHI, J. J. P. **A Educação e o Tempo**: três ensaios sobre a história do currículo escolar. Piracicaba: Editora Unimep, 2001.

CAMBI, F. **História da pedagogia**. São Paulo: Editora UNESP, 1999.

CARMO, S. I. **História: passado e presente**. 2 ed. São Paulo: Atual, 1994.

DEBESSE, M.; MIALARET, G. **Tratado das ciências pedagógicas**. São Paulo: Ed. Nacional, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.

GOODSON, I. F. **CURRÍCULO**: teoria e história. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GOODSON, I. F. **O Currículo em Mudança**: estudos na construção social do currículo. Portugal: Porto Editora, LDA, 2001.

JULIÁ, D. Disciplinas escolares: objetivos, ensino e apropriação. In: LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Disciplinas e Integração curricular**: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

MOREIRA, A. F. B. **Currículos e programas no Brasil**. 9. Ed. São Paulo: Papyrus, 2002.

REIS, L. F. **O processo de criação da universidade e a construção de sua autonomia.** Texto distribuído como subsídio à discussão de docentes e discentes do curso de Enfermagem da Unioeste/Cascavel envolvidos no projeto de pesquisa Diagnóstico do Projeto Político Pedagógico do curso de Enfermagem – Unioeste. Cascavel, 2001.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e Interdisciplinariedade:** O currículo integrado. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1998.

**MARKETING EDUCACIONAL DO GOVERNO APLICADO AO PROGRAMA  
DE CURSO TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE – MEDIOTECH**

*Aparecido Portela da Silva*  
*Wesley Michel Silva Bolsoni*  
*Alex Tavares de Almeida*

**1. Introdução**

As primeiras quatro escolas de cursos de aprendizes e artífices foram criadas por Nilo Peçanha em 11 de setembro de 1906, quando Governador do Estado do Rio de Janeiro, sendo três destinadas ao ensino dos ofícios manufatureiros e uma escola agrícola. Em dezembro de 1906, o Governo Federal cria uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Agricultura, Indústria e Comércio, essa secretaria tinha *status* de Ministério e apesar de tratar de vários assuntos relativos à agricultura e a indústria animal, trata também do ensino agrícola, e bem como do ensino profissional. Após o falecimento de Afonso Pena em 1909, Nilo Peçanha foi oficialmente empossado como presidente da república do Brasil e criou no dia 23 de setembro de 1909 a Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, sua incumbência educacional era restrita ao ensino profissional.

Em 2008, na gestão do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi ampliada a rede de ensino, ficando conhecida no Brasil com a sigla “IF”. Em 23 de setembro de 2009, após 100 anos de sua criação, a rede de ensino já contava com mais de 500 unidades escolares espalhadas por todo o Brasil, tendo em seu centenário a alteração de seu nome para Institutos Federais de Educação Ciências e Tecnologia, atendendo não apenas os cursos técnicos profissionalizantes, mas o ensino médio integrado com o curso técnico, tecnológico e superior em diversas áreas de conhecimento.

No final do ano de 2016 o Brasil possuía mais de 206 milhões de habitantes, grande parte dessa sociedade, não possuía qualificação profissional. Muitos estudantes tentam entrar para o mercado de trabalho, mas não conseguem emprego, ou por causa da falta de qualificação profissional para o cargo pretendido, ou por causa da concorrência dos jovens já formados em cursos técnicos na Rede dos Institutos Federais.

Figura 1. Imagem de Marketing educacional de incentivo a conclusão ensino médio.



Fonte: [<http://redefederal.mec.gov.br/links/1139-mediotece-oferece-107-mil-vagas-em-cursos-tecnicos-gratuitos>], a fecha 13/01/2018.

Após a criação da Rede dos Institutos Federais de Educação Ciências e Tecnologia em 2009, muitos jovens se qualificaram, mas parte dos jovens não, pois a Rede de Institutos federais não conseguiu absorver todos os interessados em cursos técnicos. Ocorre que em 2017, o presidente Michel Temer, decidiu ampliar o ensino técnico às escolas estaduais e municipais de ensino médio, fazendo um grande marketing educacional na televisão, rádio e redes sociais, convidando alunos da rede pública a se inscreverem no programa Mediotec, podendo desta forma concluir o ensino médio concomitante ao ensino técnico oferecido na Rede dos Institutos Federais de Educação Ciências e Tecnologia. O MedioTec tem, dentre outros objetivos, garantir que o estudante do ensino médio, após sua conclusão, esteja pronto para o ingresso no mundo do trabalho e renda.

Figura 2 Imagem de Marketing educacional voltada a formação técnica.



Fonte: [<http://portal.mec.gov.br/mediotec>], a fecha 13/01/2018.

Esse trabalho tem como objetivo revelar a importância do Marketing educacional, divulgado pelo governo federal brasileiro contribuindo com a formação profissional diminuindo da escassez de mão de obra qualificada nas empresas e indústrias do Brasil. O trabalho apresenta uma abordagem qualitativa, com base nas referências bibliográficas de artigos científicos como também em pesquisa documental. Neste diagnóstico serão observados os resultados das pesquisas realizadas, assim, teremos um análise de resultados que indicará o conceito obtido.

## **2. Desenvolvimento do Caso:**

### **2.1 Marketing Educacional**

Marketing Educacional é um conceito emergente que usa estratégias de comunicação para atrair e fidelizar clientes, no caso alunos, para instituições de ensino. Marketing educacional, utilizado pelas instituições de ensino, entre alunos, professores e profissionais de educação, não era considerado importante. Mas de acordo com as mudanças do cenário educacional, as instituições passaram a praticá-lo. A satisfação das necessidades, desejos e demandas dos estudantes definiram o sucesso do marketing nas instituições educacionais.

Assim, mais facilmente se constituiu a noção de marketing educacional. Marketing, em seu conceito primário, envolve avaliação de necessidades, pesquisa de mercado, desenvolvimento do produto, preço e distribuição, o que leva às ações de analisar, planejar, implementar e controlar a se instituírem como etapas do processo final de satisfação do cliente. (Colombo, 2005, p. 18).

Para atingir seu objetivo, o marketing educacional deve valer-se de estratégias como a coleta de dados e informações para conhecer o perfil do aluno e o que ele considera importante.

A instituição deve assegurar os objetivos e a satisfação de seus clientes em longo prazo, pois um diploma não é o único interesse do aluno, mas sim o conhecimento e a detenção de conteúdos e habilidades que justifiquem o título adquirido, onde o mesmo deve também atender as demandas e expectativas da sociedade, que espera profissionais qualificados para assumir responsabilidades e oferecer produtividade. Há pouco mais de dez anos é que o marketing educacional deixou de ser considerado algo desnecessário ou de pouca importância e tornou-se essencial, sendo utilizado e profissionalizado pelas instituições. Segundo Colombo (2005, p. 18) “Marketing não é manipulação de pessoas e informações; é, antes de tudo, um elemento que busca atender a necessidade de um determinado público, no caso estudantes. Ele pode também despertar e estimular desejos no indivíduo, possível futuro aluno.”

## 2.2 Estratégia do Marketing Educacional

O Marketing educacional é construído em cima de segmentação, mercado-alvo. As estratégias do marketing educacional é atingir seu objetivo de ver na possibilidade do aumento de alunos na instituição de ensino através das ações de Marketing. Para que a instituição educacional possa aumentar os números de clientes é necessário que ela adote algumas posturas para a atrair e manter esses novos alunos.

O marketing educacional é a área que utiliza estratégias e táticas mercadológicas para atrair cada vez mais clientes (alunos). Ele determina que a instituição decida sobre as necessidades e os desejos de mercados alvos, satisfazendo-os por meio de projetos, comunicação, serviços apropriados. (Sion, Mercúrio, Tofoli, & Vendrame, 2011, p. 8).

Figura 3. Imagem de Marketing educacional de incentivo a leitura.



Fonte: [<http://portal.mec.gov.br/mediotec>], a fecha 13/01/2018.

Estratégia é um dos pontos fortes para que o marketing é objetivo a ser atingido através dos esforços das instituições para conseguir os resultados esperados que são trazer os alunos para fazer parte da instituição. Para poder atingir os seus objetivos são necessárias elaboração de plano de marketing para coletar informações sobre seu público alvo para poder montar sua estratégia.

A estratégia de marketing trabalha em buscar maior eficiência por meio de vantagem competitiva geralmente a longo prazo. O MedioTec do governo federal foi baseado em levantamento das necessidades do mercado de mão de obra qualificada. E a estratégia do marketing foi a divulgação das mídias, nas escolas estaduais para poder alcançar um maior quantidade de clientes que são os alunos das redes estaduais de ensino.



A estratégia de marketing nada mais é que a seleção de um público-alvo, que nesse caso são os alunos rede estadual de ensino. Estratégia de marketing pode ser a seleção de um ou mais segmentos de mercado, escolha de uma posição focada na competitiva e desenvolvimento e para isso usa de marketing para atingir sua meta que são os consumidores selecionados.

Segundo Content (2017), há de se observar as questões geográficas, uma vez que esse fator é um diferencial na escolha da instituição por parte dos alunos. Considerando que os alunos do MedioTec, são alunos, em sua grande parte, pertencentes a classe social baixa (vulnerável), com poucos recursos financeiros para se manter em um curso, é salutar que a instituição observe, com maior cautela, como se fará a logística desses alunos para a instituição, visto que grande parte desses potenciais clientes podem residir em locais inóspitos, e nesse caso a questão geográfica pode vir a ter um peso significativo na decisão desses em se matricular ou não na instituição.

Nesse sentido, o Medio Tec, para poder atenuar a questão distância geográfica, fornece uma bolsa aos seus alunos para custeio das despesas com transporte e alimentação. Ainda de acordo com Content (2017), é importante saber quais são as características dos potenciais clientes para que a instituição possa fazer uma abordagem que venha atender as necessidades dos mesmos.

Outra variável importante, dentro dessa perspectiva do conhecimento do perfil dos alunos, seria também fundamental analisar se o curso ofertado atende as demandas dos outros *Stakeholders* envolvidos, o mercado, considerando que o fim de uma instituição pública de ensino técnico é fornecer mão de obra qualificada para o mercado.

Já para que a instituição de ensino possa ter maior êxito na fidelização dos seus alunos, e logo proporcionar maior retenção, Content (2017) cita três ações simples que podem vir a gerar um bom retorno para a instituição, seria a criação de um corpo docente altamente qualificado, com metodologias que venham trazer resultado práticos, sem contar na questão de uma infraestrutura laboratorial pujante, muito bem equipados como também a criação e manutenção de espaços de lazer e salas de aulas confortáveis.

Outro ponto importante para o fortalecimento do Marketing Educacional de uma instituição escolar seria o maior investimento em Marketing de Defensores, ou seja, os próprios alunos já matriculados na escola passam a promover-la em vários círculos sociais, isso de acordo com Content (2017).

### **2.3 O Marketing Educacional no Programa MedioTec**

Lançado no segundo semestre de 2017 pelo Governo Federal, o programa MedioTec, segundo o dados governamentais, busca garantir ao estudante do ensino médio, seu crescimento profissional. Após concluir o curso técnico concomitante ao ensino médio, o estudante estará profissionalmente apto a ingressar no mercado de

trabalho. As vagas do projeto são definidas a partir do estudo das demandas de mão de obra necessária no mercado local. Também são consideradas nas pesquisas a necessidade de demandas futuras na região.

Usando o marketing educacional o governo federal, modificou o curso pronatec, que buscava qualificação profissional de curta duração para o mercado de trabalho modificando o em 2017 para “programa Medio Tec”, que busca atender a uma parcela dos estudantes que não conseguiram vagas na rede de ensino dos institutos federais. Esse programa oferta vagas de cursos técnicos concomitantes ao ensino médio, que é ofertado geralmente pelos governos municipais e estaduais.

No entanto este programa, a partir de 2017, ganha outros contornos em relação a sua proposta inicial, pois sua ênfase estará direcionada aos alunos do Ensino Médio de escolas públicas que realizarão cursos técnicos concomitantes, com duração de um a dois anos e meio. Trata-se do MedioTec, o qual sua abrangência serão alunos cursando o ensino médio, sendo que os cursos serão ofertados a partir da demanda do mercado de trabalho de cada região. (COUTINHO, RODRIGUES, & PASSERINO, 2017, p. 264).

**Figura 5.** Imagem de Marketing educacional, incentivo a inscrição no MedioTec.



Fonte: [<http://portal.mec.gov.br/mediotec>], a fecha 13/01/2018.

De forma a atender as necessidades da sociedade, o Marketing Educacional assim como nos conceitos gerais de marketing, deve analisar o mercado através do uso de tecnologias para facilitar a segmentação desse mercado. A proposta dos cursos do MedioTec é essa. Mas existiu a necessidade de formular meios para atender o público de baixa renda, que não obtém meios de transporte para o deslocamento até os Institutos Federais.

Levando em consideração as especificidades de cada região e condições sociais, uma vez que o governo direciona os cursos para uma clientela que frequenta

escolas públicas, buscou nesse caso atender todos os estudantes, independente da renda, ofertando uma ajuda de custo vinculada a presença do estudante a cada encontro. Nesse sentido, o MedioTec, para poder atenuar a questão distância geográfica, fornece uma bolsa aos seus alunos para custeio das despesas com transporte e alimentação. Segundo Rabuske, (2003, p. 26), é importante saber quais são as características dos potenciais clientes para que a instituição possa fazer uma abordagem que venha atender as necessidades dos mesmos.

É necessário destacar que, a qualificação profissional nas instituições de ensino público, não depende somente dos alunos e professores, mas primordialmente do governo, que detém as vagas ofertadas no sistema público de ensino no Brasil. De nada tem valor também, ofertar vagas nas instituições de ensino, não realizando uma boa estratégia de divulgação de vagas no ensino.

O Brasil tem alcançado grandes avanços na educação. Um dos principais motivos pela pujança no ensino brasileiro, deve-se ao constante uso do Marketing educacional usado pelo governo nas mídias e redes sociais. Pode-se destacar que o Marketing educacional é a melhor ferramenta para a divulgação do ensino técnico, público, gratuito e de boa qualidade do programa MedioTec. Assim, o Marketing Educacional tem como um dos objetivos divulgar a importância do programa MedioTec junto à comunidade acadêmica e também dar subsídios para os futuros cursos, nesse sentido Marketing Educacional serve como referencial para planejar as atividades a longo prazo com abordagens diferenciada para alcançar seu público alvo. As instituições educacionais de uma maneira geral, podem adotar diferentes tipos de abordagens, quanto a proposta do MedioTec, o IFRO.

Já na ótica do marketing de massa, por exemplo, trata da produção e distribuição de um programa, produto ou serviço, pretendendo atrair todos os consumidores. A instituição também pode optar por criar produtos diferenciados e distinguir-se dos seus concorrentes. Já a concepção de mercado alvo consiste em desenvolver um produto e um marketing apropriado para determinado mercado. O marketing alvo segmenta o mercado baseado em variáveis que podem ser: geográficas, demográficas, psicográficas e comportamentais. A segmentação geográfica é a divisão do mercado total em grupos, de acordo com a localização, densidade populacional.

### **3. Perguntas para a discussão:**

#### **1) O que é Marketing Educacional?**

Marketing Educacional é um conceito, que usa estratégias e meios de comunicação para atrair e fidelizar clientes, no caso alunos, para instituições de ensino. Segundo Colombo (2005, p. 18) “Marketing não é manipulação de pessoas e informações; é, antes de tudo, um elemento que busca atender a necessidade de um

determinado público, no caso estudantes. Ele pode também despertar e estimular desejos no indivíduo, possível futuro aluno.”

## **2) Qual o impacto do marketing na divulgação de políticas educacionais?**

De acordo com Rabuske, (2003), é importante saber quais são as características dos potenciais clientes para que a instituição possa fazer uma abordagem que venha atender as necessidades dos mesmos. Pode-se dizer que a aplicação de a política de Marketing educacional tem como objetivo produzir uma mudança no ponto de vista social através de um conjunto de ações desenvolvidas e comprovadas na educação profissional. Mais especificamente no ramo social, temos o marketing educacional como responsável por definir o comprometimento de mudança dos aspectos negativos em positivos. Através da divulgação de impactos positivos na educação profissional brasileira, podemos conseguir apoio para a implantação de projetos que visam à mudança de políticas públicas de ensino.

## **3) Qual a função do marketing educacional junto ao programa do MedioTec?**

O papel do marketing educacional em relação ao programa Medio Tec, basei-se na publicação do novo projeto educacional, que tem com objetivo a qualificação educacional, profissional e social, deixando claro a importancia deste modelo de ensino, pela maneira que se espera alcançar na melhoria e qualificação de mão de obra técnica para o mercado de trabalho. Segundo COUTINHO et al., (2017, p. 264), “Trata-se do MedioTec, o qual sua abrangência serão alunos cursando o ensino médio, sendo que os cursos serão ofertados a partir da demanda do mercado de trabalho de cada região”.

A formação profissional do estudante em conjunto com o ensino médio, habilita o aluno concluinte a optar entre entrar no mercado de trabalho, exercendo atividade de nível técnico ao qual possui habilitação ou entrar em um curso de nível superior. Sendo assim o marketing educacional aplicado aos objetivos do programa, pode prover meios de que a procura por vagas em escolas públicas seja mais competitiva, o que significa em termos gerais que a politica empregada cumpre o papel de políticas públicas oferecer educação diferenciada e de qualidade.

## **4) Quais pontos devem ser observados na elaboração de um programa de marketing educacional para o MedioTec?**

Para elaboração de uma política de marketing para um programa educacional como o caso do MedioTec se faz necessário a observância de varios fatores, podendo ser representando pela a análise SWOT que é uma ótima maneira de compreender pontos de interesse e de convergência com o programa Medio Tec. A análise SWOT compreende a definição dos pontos fortes e fracos, e das oportunidades e ameaças, as

quais um determinado objeto em análise está suscetível. Podemos então apontar como:

- **Pontos Fortes** – O ensino em dois turnos e a melhoria na qualidade do ensino devido ao aluno passar mais tempo na escola;
- **Pontos Fracos** – A necessidade de ampliação da estrutura física das escolas, necessidade de maior número de profissionais, disponibilização de alimentação aos alunos que não possuem maneira de ir para casa e retorna à escola a tempo;
- **Oportunidades** – Contratação de profissionais com reconhecido conhecimento nas áreas técnicas, elevação do conceito das escolas públicas, maior quantidade de recursos para investimento;
- **Ameaças** – Ausência de profissionais em número suficiente para atender a demanda, profissionais com idade próxima à aposentadoria e ausência de recursos.

Assim segundo Dutra:

A verdadeira chave para o sucesso da aplicação da Análise SWOT está na combinação dos resultados obtidos e não na própria coleta de informações. A ferramenta auxilia a construção de um diagrama que propicia a visualização das Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças de maneira a aplicá-las umas com as outras a fim de gerar estratégias que potencializem as Oportunidades e Forças e ao mesmo tempo neutralizem ou eliminem as Ameaças e Fraquezas (p.56, 2014).

Nesse sentido os pontos apresentados por Dutra a Análise SWOT devem ser avaliados e compreendidos para que uma campanha de marketing adequada possa ser estabelecida, alcançando os resultados estabelecidos.

#### 4. Considerações finais

Considerando que o marketing utilizado na divulgação do programa MedioTec tem claramente como objetivo o crescimento social, assim, mostrado que o marketing educacional constitui uma ferramenta para alcançar níveis maiores de notoriedade. No entanto é necessário trabalhar amplamente o seu alcance, para atingir uma maior população através das redes sociais e da web que são nos dias de hoje o melhor meio de comunicação. Para atingir seu objetivo, o marketing educacional deve valer-se de estratégias como a coleta de dados e informações para conhecer o perfil do aluno e o que ele considera importante para seu crescimento profissional.

O marketing com as estratégias implantadas tem como forte busca pelo potencial cliente, nesse caso específico, os futuros alunos das escolas públicas municipais e estaduais que ingressarão no curso Médio Tec. E para isso vai demandar

que uma equipe da instituição também faça o seu papel como servidor divulgando por meio direto que são as mídias, rádio, televisão, jornal e até mesmo entre os alunos da escola, esse é um marketing educacional direto que seu foco principal é os alunos.

Observa-se na pesquisa que o Marketing educacional, representa muito mais que uma ferramenta de propaganda, sendo acima de tudo um conceito educacional onde é possível atingir as mais diversas camadas da sociedade.

Após análise sobre tema abordado verificou-se que o marketing educacional é um diferencial na inclusão social para poder captar alunos para as instituições de ensino que vai desde o ensino infantil a graduação, porque até pouco tempo o marketing era visto como divulgador para vender produtos e serviços “não na área educacional”, atualmente o marketing atinge uma gama seguímentos.

### Referência Bibliográfica

COLOMBO, Sonia Simões. **Marketing educacional em ação: estratégias e ferramentas**. Bookman Editora, 2005.

COUTINHO, Kátia Soares; RODRIGUES, Graciela Fagundes; PASSERINO, Liliana Maria. O trabalho de colaboradores com deficiência nas empresas: com a voz os gestores de recursos humanos. **Revista brasileira de educação especial**. Marília, SP. **Vol. 23, n. 2 (abr./jun. 2017), p. 261-278**, 2017.

DUTRA, Daniele Vasques et al. A análise swot no brand DNA process: um estudo da ferramenta para aplicação em trabalhos em branding. 2014.

RABUSKE, Ana Celina Hesketh. **A Importância do Marketing Educacional Para Melhoria de Qualidade de Ensino**. Paraná, 2003.

SION, Dayane Elizabety et al. Marketing educacional. **Encontro científico e simpósio de educação unisalesiano**, v. 3, 2011.

### WEBGRAFIA:

Ministério da Educação, Governo Federal (2017); página web oficial governo. <http://rededefederal.mec.gov.br/links/1139-mediotec-oferece-107-mil-vagas-em-cursos-tecnicos-gratuitos/> Consultada na data 13/01/2018.

Ministério da Educação, Governo Federal (2017); página web oficial governo. <http://portal.mec.gov.br/mediotec/> Consultada na data 13/01/2018.

<https://marketingdeconteudo.com/marketing-educacional/> Consultada na data 13/01/2018.

## SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

**Ada Evellyn Galdino da Silva:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Ana Catarina Torres de Lacerda:** Enfermeira. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: [anacattorres@hotmail.com](mailto:anacattorres@hotmail.com)

**Alex Tavares de Almeida:** Bacharel em Direito, Especialização em Direito Público com ênfase em Contratos e Licitações e Mestrando em Assessoria de Administração pelo Instituto Politécnico do Porto – Portugal.

**Alzilene do Couto Ferreira:** Graduanda do Curso de Licenciatura Plena em Pedagogia/UFPA - Campus de Abaetetuba. E-mail: [alzilene7@gmail.com](mailto:alzilene7@gmail.com)

**Aparecido Portela da Silva:** Bacharel em ciências contábeis e letras, especialização em Contabilidade e Controladoria, e Mestre em Assessoria de Administração pelo Instituto Politécnico do Porto – Portugal.

**Brenda Neiva Ribeiro:** Enfermeira obstétrica. Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO).

**Caroline Araújo Lemos Ferreira:** Psicóloga, Maternidade Escola Januário Cicco, mestre em psicologia -Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Catherine do Nascimento Santana Amaral:** Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. E-mail: [catherinesantanaamaral@gmail.com](mailto:catherinesantanaamaral@gmail.com)

**César Ferreira da Silva:** Bacharel em Psicologia e Psicólogo pela Faculdade Pitágoras, Poços de Caldas/MG,(2017). Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional (2019). Foi Aluno não Regular do Programa de Mestrado em Educação PPGE, Universidade Federal de Alfenas/MG no ano de (2018). Autor do Livro: A Influência da Sociedade no Adoecimento Psíquico: Reflexões Contemporâneas de uma Sociedade Adoecida (2019). Autor de Capítulos de Livros e Artigos Científicos. Possui experiência na área de Psicologia Clínica e Psicologia Social com ênfase em Desigualdades e Vulnerabilidades Sociais, Educação e Adoecimento Psíquico. Eixos de Pesquisa: Psicologia Social, Educação Popular, Sociologia da Educação, Educação Escolar. [cesarfs.dasilva@gmail.com](mailto:cesarfs.dasilva@gmail.com)



**Cristiane de Sousa Amorim:** Enfermeira. Especialista em Oncológica, IMIP.

**Daniela de Campos Silva:** Graduanda do curso de Nutrição pela UNINASSAU- CG.

**Dêmia Kellyani Eleoterio Veiga:** Professora Orientadora “Esp.” do Curso de Nutrição da UNINASSAU- CG.

**Edina Cristina Silva e Silva:** Graduanda do Curso de Licenciatura Plena em Pedagogia/UFPA - Campus de Abaetetuba. E-mail: [ecristina28silva@gmail.com](mailto:ecristina28silva@gmail.com)

**Eduardo Dias da Silva:** Doutorando em Literatura e Mestre em Linguística Aplicada pela Universidade de Brasília (UnB). Professor e Pedagogo na Educação Básica da Secretária de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF). Pesquisador nos Grupos CNPq FORPROL e GIEL. E-mail: [edu\\_france2004@yahoo.fr](mailto:edu_france2004@yahoo.fr)

**Eduardo Neves Corte Real de Andrade:** Médico. Faculdade Pernambucana de Saúde, FPS.

**Emanuelle de Carvalho e Silva:** Enfermeira. Graduação pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. E-mail: [elleunname.ohnid@bol.com.br](mailto:elleunname.ohnid@bol.com.br)

**Eulália Maria Chaves Maia:** Professora do Departamento de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Fernanda Lúcia Nascimento Freire Cavalcante:** Psicóloga, Hospital Universitário Onofre Lopes, mestranda em psicologia pela UFRN.

**Francisauro Fernandes da Costa:** Graduando do Curso de Licenciatura Plena em Pedagogia/UFPA - Campus de Abaetetuba. Integrante do Grupo de Pesquisa e Extensão “De Bubuia” Amazônica – Infâncias, Territórios Rurais e Processos Educativos e Culturais. E-mail: [francisaurocosta@gmail.com](mailto:francisaurocosta@gmail.com)

**Glacineide Cecília dos Santos:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Hudson Pires de Oliveira Santos Junior:** Enfermeiro. Universidade de São Paulo, São Paulo – SP – Brasil.

**Isabele Marques Alves:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Ivete Barbosa da Costa:** Licenciada em Ciências Biológicas pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia, Campus Colorado do Oeste. E-mail: [ivetecosta90@hotmail.com](mailto:ivetecosta90@hotmail.com)

**Juliana Maria Araújo da Silva:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Karla da Silva Ramos:** Enfermeira. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

**Kátia Rejane Vergueiro César:** Enfermeira. Mestre em Hebiatria, UPE.

**Kéllida Moreira Alves Feitosa:** Enfermeira obstétrica. Doutoranda em Saúde Integral pelo IMIP.

**Kelly Albuquerque de Medeiros:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Leandro Américo Gomes Alves:** Graduado em Engenharia Civil (2018) pela Universidade Paulista (UNIP), campus Brasília/DF e licenciado em Matemática pelas Faculdades Integradas de Ariquemes – FIAR – (2018). E-mail: [leandroordinael@hotmail.com](mailto:leandroordinael@hotmail.com)

**Leila Dayana Firmino da Cruz:** Enfermeira obstétrica.

**Lívia Catarina Matoso dos Santos Telles:** Pedagoga, Instituto Federal de Rondônia (IFRO), Porto Velho – RO - Brasil. E-mail: [livia.santos@ifro.edu.br](mailto:livia.santos@ifro.edu.br)

**Lúcia de Fatima Pereira de Araújo Alves:** Enfermeira obstétrica. Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO).

**Maria de Fátima de Araújo Silveira:** Enfermeira. Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.

**Mirtes Teresa Gomes Paiva:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade:** Enfermeira obstétrica, Mestre em Educação em Saúde, UFPE.

**Rachel Caroline Alves Leite:** Enfermeira obstétrica. Mestre em Cuidados Intensivos, IMIP.

**Renato Fernando Menegazzo:** Docente do curso de Licenciatura em Ciências Biológicas, do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia, Campus Colorado do Oeste. E-mail: [renato.menegazzo@ifro.edu.br](mailto:renato.menegazzo@ifro.edu.br)

**Rodrigo Augusto Mathias:** Bacharel em Psicologia e Psicólogo pela Faculdade Pitágoras, Poços de Caldas/MG, Pós-graduando em Gerontologia e Saúde Mental (Dom Alberto). Possui experiência na área de Psicologia Clínica e contribuição em projetos socioassistenciais. Eixos de Pesquisa: Psicologia Existencial-Humanista, Logoterapia, Grupos Terapêuticos. [psicologorodrigoaugusto@gmail.com](mailto:psicologorodrigoaugusto@gmail.com)

**Rosa Maria Rodrigues:** Enfermeira, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR. E-mail: [rmrodri09@gmail.com](mailto:rmrodri09@gmail.com)

**Rosiele Pinho Gonzaga da Silva:** Enfermeira, Instituto Federal de Rondônia (IFRO), Ji Paraná – RO - Brasil. E-mail: [rosiele.pinho@ifro.edu.br](mailto:rosiele.pinho@ifro.edu.br)

**Ruana Soares Ribeiro:** Graduada em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Docente na Rede Pública do Município de Casimiro de Abreu desde 2014, atuante em turmas de Ensino Fundamental e Educação Infantil. E-mail: [ruana\\_rsr@hotmail.com](mailto:ruana_rsr@hotmail.com)

**Sebastião Elan dos Santos Lima:** Psicólogo, especialista em intensivismo neonatal, mestrando em psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Suellen de Andrade Fragoso:** Nutricionista com Bacharel em Nutrição pela UNINASSAU- CG.

**Suzana Lins da Silva:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Taiwana Batista Buarque Lira:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Tâmara Raquel Ribeiro de Souza:** Enfermeira. Mestranda em Enfermagem em Promoção à Saúde, UPE.

**Tâmara Silva:** Enfermeira. Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.

**Tatiany Martins Mendonça:** Graduada do curso de Nutrição pela UNINASSAU- CG.

**Tiago Moreira Alves Feitosa:** Médico. Centro Universitário Uninassau.

**Viviane Alves de Souza Santos:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

**Wesley Michel Silva Bolsoni:** Tecnólogo em análise e desenvolvimento de sistemas, especialista em Gestão, Orientação e Supervisão escolar, Mestrando em Assessoria de Administração pelo Instituto Politécnico do Porto – Portugal.

**Yasmim Yngrid Andrade de França:** Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Recife.

## ÍNDICE REMISSIVO

- agravo.....86, 87, 88, 89, 97, 100  
desafios .....30, 48, 125, 129, 131  
doença.. 90, 92, 100, 101, 102, 103,  
107, 110, 112, 119, 126, 128,  
129  
educação...9, 10, 11, 13, 14, 15, 17,  
18, 32, 44, 56, 102, 119, 126  
educativas.....11, 12, 13, 15, 16, 18,  
53, 54, 98, 112  
estudo13, 14, 15, 16, 17, 22, 23, 28,  
30, 37, 38, 42, 43, 44, 46, 47, 51,  
56, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67,  
68, 70, 74, 75, 77, 86, 89, 90, 91,  
92, 93, 94, 95, 96, 103, 104, 109,  
111, 112, 116, 119, 120, 122,  
125, 126, 127, 128, 131, 140  
hipertensão.....64, 87, 92, 93, 94, 96  
hipótese.....28, 42, 44  
holística.....29, 129, 130  
mulheres 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17,  
18, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 29, 36,  
42, 43, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 54,  
55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63,  
64, 66, 67, 70, 73, 76, 77, 78, 79,  
80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89,  
90, 92, 94, 95, 96, 98, 100, 101,  
102, 103, 104, 105, 106, 107,  
108, 109, 110, 112, 114, 115,  
116, 117  
narrativa.....75, 120, 128  
parto. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18,  
19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27,  
28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36,  
37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45,  
46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54,  
55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64,  
65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,  
74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83,  
84, 85, 86, 87, 88, 93, 94, 95  
pesquisa..13, 14, 16, 17, 23, 28, 36,  
37, 38, 51, 59, 60, 63, 65, 66, 67,  
73, 74, 75, 87, 89, 90, 93, 96,  
103, 104, 110, 111, 112, 115,  
119, 120, 122, 132, 140  
profissional...23, 24, 25, 28, 29, 30,  
31, 42, 43, 44, 52, 54, 56, 82,  
123, 128, 130  
resistência.....27, 28, 31, 129, 131  
saúde 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21,  
22, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32,  
36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45,  
46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 57,  
58, 59, 63, 64, 65, 69, 71, 73, 74,  
76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84,  
86, 87, 88, 89, 90, 92, 94, 95, 96,  
97, 98, 100, 102, 103, 109, 110,  
114, 116, 118, 119, 120, 121,  
123, 124, 125, 126, 127, 128,  
129, 130, 131, 132, 133  
tratamento....10, 21, 50, 61, 63, 93,  
100, 101, 102, 103, 104, 106,  
107, 108, 110, 111, 112, 114,  
115, 120, 122, 123, 124, 126,  
127, 128, 129, 130, 131, 133

**Editora Livrologia**  
www.livrologia.com.br

Título	Pluralidade de Saberes – Volume II
Autor/Organizador	Ivo Dickmann Ivanio Dickmann Julie Luiza Carboni
Coleção	Pluralidade de Saberes
Assistente Editorial	Ivanio Dickmann
Assistente Comercial	Julie Luiza Carboni
Bibliotecária	Karina Ramos
Projeto Gráfico	Ivo Dickmann, Ivanio Dickmann
Capa	Ivanio Dickmann
Diagramação	Ana Laura Baldo
Preparação dos Originais	Julie Luiza Carboni
Revisão	Ivo Dickmann
Formato	16 cm x 23 cm
Tipologia	Minion, entre 8 e 10 pontos
Papel	Capa: Supremo 280 g/m <sup>2</sup> Miolo: Pólen Soft 80 g/m <sup>2</sup>
Número de Páginas	266
Publicação	2019
Impressão e Acabamento	META – Cotia - SP

---

Queridos leitores e queridas leitoras:

Esperamos que esse livro tenha sido útil para você  
e seu campo de leitura, interesse, estudo e pesquisa.

Se ficou alguma dúvida ou tem alguma sugestão para nós,  
Por favor, compartilhe conosco pelo e-mail:  
[franquia@livrologia.com.br](mailto:franquia@livrologia.com.br)

---

PUBLIQUE CONOSCO VOCÊ TAMBÉM  
ENCONTRE UM FRANQUEADO LIVROLOGIA  
MAIS PERTO DE VOCÊ  
[www.livrologia.com.br](http://www.livrologia.com.br)

Trabalhos de Conclusão de Curso  
Dissertações de Mestrado  
Teses de Doutorado  
Grupos de Estudo e Pesquisa  
Coletâneas de Artigos  
Poesias e Biografias

**EDITORA LIVROLOGIA**  
Rua Vicente Cunha, 299  
Bairro Palmital - Chapecó-SC  
CEP: 89.815-405  
(49) 98916-0719  
[franquia@livrologia.com.br](mailto:franquia@livrologia.com.br)

