

ANA MARIA FONTENELLE CATRIB
ROSENDO DE FREITAS AMORIM
TALLYS NEWTON FERNANDES DE MATOS

EDUCAÇÃO, SOCIEDADE E SAÚDE COLETIVA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITORA PRO TEMPORE

Josete de Oliveira Castelo Branco Sales

EDITORA DA UECE

Erasmus Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

| | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Antônio Luciano Pontes | Lucili Grangeiro Cortez |
| Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes | Luiz Cruz Lima |
| Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso | Manfredo Ramos |
| Francisco Horácio da Silva Frota | Marcelo Gurgel Carlos da Silva |
| Francisco Josênio Camelo Parente | Marcony Silva Cunha |
| Gisafran Nazareno Mota Jucá | Maria do Socorro Ferreira Osterne |
| José Ferreira Nunes | Maria Salete Bessa Jorge |
| Liduina Farias Almeida da Costa | Silvia Maria Nóbrega-Therrien |

CONSELHO CONSULTIVO

| | |
|----------------------------------|---|
| Antônio Torres Montenegro UFPE | Maria do Socorro Silva Aragão UFC |
| Eliane P. Zamith Brito FGV | Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR |
| Homero Santiago USP | Pierre Salama Universidade de Paris VIII |
| Ieda Maria Alves USP | Romeu Gomes FIOCRUZ |
| Manuel Domingos Neto UFF | Túlio Batista Franco UFF |

ANA MARIA FONTENELLE CATRIB
ROSENDO DE FREITAS AMORIM
TALLYS NEWTON FERNANDES DE MATOS

EDUCAÇÃO, SOCIEDADE E SAÚDE COLETIVA



1ª Edição
Fortaleza - CE
2020



EDUCAÇÃO, SOCIEDADE E SAÚDE COLETIVA

© 2020 *Copyright* by Ana Maria Fontenelle Catrib, Rosendo de Freitas Amorim e Tallys Newton Fernandes de Matos

O conteúdo deste livro, bem como os dados usados e sua fidedignidade, são de responsabilidade exclusiva do autor. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos ao autor. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmus Miessa Ruiz

Capa e Diagramação

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

José Ferreira Silva Bastos

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

| | |
|-----|---|
| E24 | Educação, sociedade e saúde coletiva [recurso eletrônico] / Organizado por Ana Maria Fontenelle Catrib, Rosendo de Freitas Amorim, Tallys Newton Fernandes de Matos. - Fortaleza: EdUECE, 2020. Livro eletrônico. ISBN: 978-65-86445-11-4 (E-book) 1. Saúde coletiva - Brasil. 2. Saúde - Educação e ensino. I. Catrib, Ana Maria Fontenelle. II. Amorim, Rosendo de Freitas. III. Matos, Tallys Newton Fernandes de. IV. Título. CDD: 362.10981 |
|-----|---|

PREFÁCIO

O desenvolvimento e a universalização dos sistemas educacionais é um processo recente, considerando que a formação desses e a ampliação do acesso à educação escolar não ocorreram antes da expansão da economia industrial e, conseqüentemente, da progressiva diferenciação das profissões e exigências de qualificação profissional. Atualmente, o número de pessoas que têm acesso à educação formal é crescente, mormente em função das mudanças econômicas e tecnológicas que demandam novos conhecimentos, habilidades e atitudes dos trabalhadores.

É problemático, todavia, afirmar que os sistemas educacionais estão promovendo um equilíbrio razoável entre a educação generalista e as competências aplicáveis ao mundo do trabalho. Difícil, também, dizer que a fragmentação do conhecimento e a hiperespecialização que constitui seu sinal diacrítico sejam capazes de preparar novas gerações de cidadãos para os desafios de sustentabilidade de uma sociedade em constantes transformações e incertezas. Ademais, o que poder-se-ia chamar de um consumo maior de conhecimentos, por meio do incremento da oferta da educação formal e das tecnologias de ensino, não reverteu a tendência desses sistemas de reproduzirem desigualdades sociais de várias ordens, especialmente as de classe social, gênero, etnicidade e acesso a sistemas de saúde.

Há muito, a educação se constitui como um campo de luta política e formas de intervenção estatal, da mesma forma que a saúde. Inúmeras tensões envolvem atores, organizações e movimentos sociais em torno de temas variados, tais como: privatização do ensino; ensino público gratuito e de qualidade; inclusão escolar; assistência estudantil; currículos; tecnologias de ensino; financiamento de pesquisas; atividades de extensão universitária; alimen-

tação escolar, formação de professores; precarização do trabalho docente etc.

A obra que ora tenho a alegria de prefaciare reúne artigos que nos dizem não somente dessas tensões ou dos desafios contemporâneos dos sistemas educacionais e de saúde, mas que também nos permitem enxergar a educação e o ensino formal como fundamentos de uma sociedade saudável. Ao abordarem as formas de produção e reprodução de saberes e fazeres no universo educacional, incluindo as que traduzem morbidades e comorbidades, os autores destacam a urgência de compreender a educação como meio de favorecer o pleno desenvolvimento humano. Desse modo, expressam clara e exemplarmente, nos vários artigos que a constituem, a base social da saúde, as interconexões entre educação, vida social e padrões de doença e saúde coletivos.

A obra é um convite aos leitores interessados em estabelecer um rico diálogo entre diversos campos do saber. Ao reunir artigos cuja abordagem aproxima as fronteiras que unem *Educação, sociedade e saúde coletiva*, tanto rompe com a tendência de fragmentação do conhecimento em um campo disciplinar específico, quanto se converte em recurso didático sobremaneira interessante, para o estudo de temáticas que fazem parte do conteúdo programático de diversos cursos de nível superior.

Profa. Dra. Marinina Gruska Benevides

Professora do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas
UECE/UFC, Advogada e Psicóloga.

Sumário

PREFÁCIO..... 5

1 – À GUIA DE INTRODUÇÃO A EDUCAÇÃO COMO FUNDAMENTO DE UMA SOCIEDADE SAUDÁVEL..... 11

Ana Maria Fontenelle Catrib

Rosendo de Freitas Amorim

Tallys Newton Fernandes de Matos

Monike Couras Del Vecchio Barros

2 – PROGRAMA ESCOLA ACESSÍVEL NO ENSINO BÁSICO EM SALVADOR, BAHIA..... 15

Márcia Duarte da Silva

Kátia Siqueira de Freitas

Maria de Fátima Pessoa Lepikson

3 – FONTES DE ESTRESSE LABORAL E ESTRATÉGIAS DE COPING DOCENTE 36

Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo

Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim

Christina César Praça Brasil

John Miguel Costa Varela

Geraldo Bezerra da Silva Júnior

Ana Maria Fontenelle Catrib

4 – VIOLÊNCIAS PERCEBIDAS PELA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: DESAFIOS PARA A SAÚDE E PARA A SOCIEDADE..... 53

Raimunda Magalhães da Silva

Hozana Wanessa Alves Pereira

Jonas Loiola Gonçalves

Joana Mendes de Andrade Augusto Lima

Paulo Felix de Almeida Pena

Geisy Lanne Muniz Lunna

5 – CADERNETA DA GESTANTE-TECNOLOGIA EDUCATIVA E DE REGISTRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL..... 70

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Katiana da Silva Moreira

Sarah Silva dos Santos

Nayara de Castro Costa Jereissati

Danielle Teixeira Queiroz

6 – QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO 92

Ariane Porto Soares

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Antônio Augusto Ferreira Carioca

Maria Vieira de Lima Saintrain

Carlos Antônio Bruno da Silva

José Manuel Peixoto Caldas

7 – O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À MULHER PORTADORA DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA 121

Raimunda Magalhães da Silva

Livia de Castro Pinheiro

Maria Ileiny Camara de Andrade

Joana Mendes de Andrade Augusto Lima

Conceição de Maria Albuquerque

Jonas Loiola Gonçalves

8 – UMA PERSPECTIVA SOCIOEPISTEMOLÓGICA PARA O ESTÁGIO CURRICULAR NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR..... 136

Maria Auxiliadora Lisboa Moreno Pires

Silvia Helena de Amorim Martins

Leonardo Lima Aleixo

9 – OS BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA PREVENTIVA NA SAÚDE DA CRIANÇA..... 159

Karine Freire Teles Alves

Sarah Fontenelle Catrib

10 – O PAPEL DA NEUROEDUCAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM AUTISMO ..175

Giovanna de Pinho Pessoa Pacheco

Elenise Tenório de Medeiros Machado

Isabelle Cerqueira Sousa

Ana Maria Fontenelle Catrib

Rosendo Freitas de Amorim

11 – O BULLYING E SEUS IMPACTOS NO ENGAJAMENTO ESCOLAR 196

Karla Julianne Negreiros de Matos

Janiele da Silva Freitas

Ruth de Souza Sales

Lídia Andrade Lourinho

12 – PSICOEDUCAÇÃO E SUAS POSSIBILIDADES NA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA ..208

Glaydson Diego Negreiros de Matos

Karla Priscila Alves Eleutério

Márcia Linhares Rodrigues

Karla Julianne Negreiros de Matos

Lídia Andrade Lourinho

13 – A PROBLEMÁTICA DA (RE)ORIENTAÇÃO SEXUAL: REFLEXÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS COM BASE NO PENSAMENTO CONSERVADOR EM CONTRAPONTO AS OBRAS DE FOUCAULT E BUTLER 220

Jessika Gomes do Carmo

Monike Couras Del Vecchio Barros

Francisco José Rodrigues

Mirna Albuquerque Frota

Aline Veras Moraes Brilhante

Rosendo Freitas de Amorim

14 – EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PROMOTORA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOCENTE ..233

Natasha Teixeira Medeiros

Larruama Soares Figueiredo de Araújo

Karla Maria Carneiro Rolim

Mirna Albuquerque Frota,

Ana Maria Fontenelle Catrib

15 – A INSERÇÃO DO TRANSGÊNERO NO MERCADO DE TRABALHO 246

Maria Alissandra Lopes de Macedo

Luis Adriano Freitas Oliveira

Tallys Newton Fernandes de Matos

Rosendo Freitas de Amorim

Carlos Antônio Bruno da Silva

Patrícia do Carmo Lima

16 – AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM PROFESSORES DO ENSINO PÚBLICO...261

Tallys Newton Fernandes de Matos

Patrícia Passos Sampaio

Ana Paula Vasconcellos Abdon

Paulo Goberlânio de Barros Silva

José Manuel Peixoto Caldas

Ana Maria Fontenelle Catrib

17 – DIFICULDADE DE EMPREGABILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL.. 279

Pedro Fernandez Fernandes de Oliveira

Isabelle Cerqueira Sousa

AUTORES 293

À GUIA DE INTRODUÇÃO A EDUCAÇÃO COMO FUNDAMENTO DE UMA SOCIEDADE SAUDÁVEL

*Ana Maria Fontenelle Catrib
Rosendo de Freitas Amorim
Tallys Newton Fernandes de Matos
Monike Couras Del Vecchio Barros*

A educação envolve a busca pela liberdade, o que requer como premissa a formação integral do sujeito na sociedade, por meio de uma atividade de aprendizagem e conhecimento com pressupostos filosóficos na perspectiva de transformação para o desenvolvimento da autonomia. Ela envolve um compromisso com a democracia com base em um regime político democrático, de modo a possibilitar aos sujeitos sua emancipação por meio do cultivo da reflexão, subsidiando a esfera singular e coletiva para a construção de valores morais e para o desenvolvimento da sociedade (SAVI-NETO; FARE, 2019).

A educação está diretamente associada ao desenvolvimento humano que se dá por meio da aprendizagem. Portanto, podemos destacar grandes educadores, como Vygotsky, Piaget, Emília Ferreiro e Paulo Freire, dentre outros. Sobressaem-se nesse processo duas grandes teorias: a comportamental e o plano de organização cognitiva.

Cognição é o processo pelo qual o mundo de significados tem origem através do processo de compreensão, transformação, armazenamento e utilização das informações, no plano da cognição. E

a comportamental se dá através da organização das informações e integração de materiais à estrutura do comportamento.

Nesse sentido, vale lembrar que Breuner compreendeu a educação e a aprendizagem como a identificação das relações entre os fatos, adquirindo novas informações, transformando-as e transferindo-as para situações futuras. É na educação, para Breuner, que se pode ir adiante, ou seja, evoluir e desenvolver-se frente às adversidades. Esse método dá-se por meio da descoberta que acontece com base na investigação com o objetivo de alcançar a compreensão (BOCK; FURTADO, TEIXEIRA, 2002; LOPES; MOREL, 2019).

Por conseguinte, a educação favorece a saúde, de forma que estão ambas associadas ao desenvolvimento humano. A saúde, neste sentido, envolve o bem-estar biopsicossocial no desenvolvimento da qualidade de vida. A saúde é o estado de normalidade e funcionamento pleno da condição física, mental e social, camadas que estruturam o sujeito na dinâmica da sociedade (MATOS *et al.*, 2017).

A saúde envolve também a objetividade e a subjetividade na configuração da identidade do sujeito. Tais elementos norteiam intervenções de acordo com a especificação e o eixo temático, na busca de aliar a teoria e a prática. Destaca-se, neste processo, um movimento contínuo que visa à atualização. Na saúde, há também questões políticas que possibilitam o subsídio na pesquisa empírica para a exploração da realidade do sujeito (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Vale destacar também que há uma dualidade na discussão entre saúde e adoecimento, como formas de manifestação da vida. Tais manifestações traduzem experiências únicas, singulares, objetivas e subjetivas, ou seja, não é possível encontrar palavras ideais para descrever uma experiência única dentro de um amplo e complexo leque de experiências entrelaçadas dinamicamente e constan-

temente na configuração do presente. Ou seja, verbos, nesta situação, constituem a fala traduzida no universo da linguagem que, anteriormente, foi refinada com base no sentido que perpassou diferentes significados elaborados pela percepção (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Neste cenário, destacamos a imitação como processo de formulação de grupos e interação na figuração da identidade. Tal imitação proporciona referências que elaboram grupos, comunidade e sociedade. Nisto, como ciências que estudam as manifestações sociais, descartam-se as ciências sociais que, com base em grandes autores, como: Karl Marx, Émile Durkheim e Max Weber, desenvolvem estratégias que possibilitam a compreensão da dinâmica social (LÖWY, 2003).

A sociedade, neste aspecto, condensa um conjunto de seres que se organiza para garantir sua existência. Inexoravelmente, a saúde representa uma dimensão essencial para o sucesso desses empreendimentos complexos e sofisticados denominados sociedades humanas, cuja tessitura pressupõe a instituição da cultura.

Hodiernamente, a Promoção da Saúde ganha cada vez mais aderência nos diversos campos da saúde, mas é no campo da Saúde Coletiva que essa proposta tem auferido uma centralidade incontestável, ancorada numa concepção de saúde que investe em estilos de vida saudável e no empoderamento dos cidadãos em relação ao cuidado com sua própria saúde (LÖWY, 2003).

Entretanto, a Promoção da Saúde impescinde da Educação em Saúde. Esclarecendo melhor, não é possível promover saúde sem que os cidadãos se eduquem para assumir em condição de corresponsabilidade a condução dos cuidados com a saúde e o manejo adequado do tratamento de doenças crônicas.

Enfim, o desafio de compreender as complexas e necessárias relações entre saúde, educação e sociedade pode contribuir de forma efetiva para a melhoria da qualidade de vida e para a implemen-

tação de estilos de vida saudáveis. Portanto, faz-se necessário que os cidadãos se tornem cada vez mais conscientes da necessidade de assumir compromissos fundamentais para a concretização de sociedades e de comunidades mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

- SAVI-NETO, P.; FARE, M. L. **Regulação da pesquisa em educação: tensões entre autonomia ética e heteronomia normativa**. Educ. Soc., Campinas, v. 40, e0191340, 2019.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Ed. Saraiva: 2002.
- LÖWY, M. **Ideologias e Ciências Sociais: elementos para uma análise marxista**. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- MATOS, T. N. F.; TRAJANO, S. S.; CALDAS, J. M. P.; CATRIB, A. M. F. Representações sociais e condições de saúde em moradores de rua. **SA-NARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. Especial, p. 17-22, 2017.
- LOPES, M. C. R.; MOREL, C. M. Processos de aprendizagem de adultos na educação profissional em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0018111, 2019.
- SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. Das possibilidades de um conceito de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0019320, 2019.

PROGRAMA ESCOLA ACESSÍVEL NO ENSINO BÁSICO EM SALVADOR, BAHIA

*Márcia Duarte da Silva
Kátia Siqueira de Freitas
Maria de Fátima Pessoa Lepikson*

INTRODUÇÃO

O Programa Escola Acessível – PEA foi criado pelo governo federal em 2007, e tem como meta a inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades, também conhecidas como superdotação intelectual, ou seja, o desenvolvimento intelectual acima da média da população em determinada faixa etária. Sua finalidade prioritária está voltada para possibilitar o acesso e a inclusão de estudantes não só com dificuldades físicas diversas, como, por exemplo, motoras, mas também outras que possam se tornar obstáculos de acesso à escola básica de crianças e de jovens nessas condições.

Suas propostas contemplam financiar ações para a promoção da acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares do ensino básico: rampas, sanitários, via de acesso, instalação de corrimão e de sinalização visual, tátil e sonora. Não obstante, prevê também a possibilidade de aquisição de cadeiras de rodas, bebedouros e mobiliários, recursos didáticos e pedagógicos de tecnologia assistiva. Esse termo designa aqueles recursos que possibilitam a autonomia às pessoas com algum tipo de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Contudo, foi possível observar que nem todas as escolas públicas do ensino básico que recebem os recursos a partir do PEA dispõem, na prática, de condições de acessibilidade que permitam aos alunos da educação especial o direito de compartilharem os espaços comuns de aprendizagem ou demais ambientes da escola. Conforme o art. 3º da Lei Brasileira de Inclusão (LBI, 2015), considera-se:

“I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida”.

Cumprir destacar a relevância do estudo ratificando os pressupostos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), quando afirma que é por meio da educação que se promoverá o respeito aos direitos e liberdades. Assim como Anísio Teixeira, quando afirma que é na escola pública que se constrói a cidadania. No livro *Educação para a Democracia*, de 1936, Anísio Teixeira afirmava que: “Só existirá democracia no Brasil no dia em que se montar no país a máquina que prepara as democracias. Essa máquina é a da escola pública” (p. 58). Nesse sentido, as escolas se constituem como espaço por excelência para o exercício de cidadania. Ocorre que, historicamente, as escolas não foram projetadas para atender a diversidade, o que gerou a segregação de diferentes grupos sociais, étnicos, inclusive o das pessoas com deficiências (PcD).

Assim, o objeto desta pesquisa foi delimitado como a avaliação da eficácia do Programa Escola Acessível – PEA, na perspectiva da acessibilidade espacial escolar de alunos com deficiência física que utilizam cadeira de rodas em escolas de ensino básico das redes municipal e estadual, localizadas na cidade de Salvador,

Bahia, Brasil. Na sequência, o objetivo geral foi avaliar a eficácia do programa mencionado. Para atingir o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos: (i) avaliar as condições de acessibilidade espacial escolar de alunos com deficiências que utilizam cadeiras de rodas; (ii) verificar os mecanismos de gestão do programa em escolas da rede municipal de Salvador e estadual da Bahia; e (iii) Identificar os fatores que favorecem e os que obstam a eficácia do PEA.

Para atender a esses objetivos, foram adotados os seguintes percursos relativos à metodologia: revisão sistemática de literatura, delineados o método descritivo e a abordagem qualitativa, utilizando também, como técnica, a análise documental (GIL, 2002), a coleta de informações mediante questionários e a observação participante (MARCONI e LAKATOS, 2002). Com o fim específico de apoiar e registrar a observação participante, foram desenvolvidas duas tabelas a partir do Manual de Acessibilidade Espacial para Escolas: o direito à escola acessível, publicado pelo MEC em 2009. Esse manual foi elaborado sob a coordenação de Marta Dischinger, Vera Helena Moro Bins Ely e Mona Michelle Faleiro da Cunha Borges.

Vale ressaltar que a primeira Constituição Política do Império do Brasil, elaborada por um Conselho de Estado e outorgada por Dom Pedro I, em 1824, já estabelecia, no inciso XXXII do artigo 179, que regulamenta a inviolabilidade dos direitos civis e políticos, que a instrução primária era gratuita para todos os cidadãos. Todavia, a educação fundamental para crianças com deficiência encontrou no país, à época, pouca manifestação e o acolhimento dos ditos “anormais”, ficando circunscrito às Santas Casas de Misericórdia, fundadas nas principais províncias do império com o fim de assistência aos que mais precisassem de amparo (ABNT, 2017).

Carvalho (2014, p. 28) ensina que a ideia de deficiência apontava para um determinismo e fatalismo social, pois tinha con-

sequência direta na imagem de incapacidade do indivíduo de levar uma vida plena, condicionando-o a uma relação de desvantagem em relação aos ditos “normais”.

Mantoan (2011, p. 6) corrobora ao destacar que a educação especial caminhou de uma fase inicial, eminentemente assistencial, dirigida apenas ao bem-estar da pessoa com deficiência, para uma segunda, em que foram priorizados os aspectos médico e psicológico. Em seguida, a proposta de integração da educação especial no sistema geral de ensino, após grandes lutas e reivindicações da sociedade nos âmbitos nacional e internacional para a inclusão de todos. Como resultado, finalmente, há o entendimento e a aceitação da proposta de inclusão total e incondicional desses alunos nas salas de aula do ensino regular.

Graças ao protagonismo das pessoas com deficiência na luta pelo reconhecimento dos seus direitos e o apoio das famílias e sociedade, foi possível empreender a mudança de paradigma do modelo médico de deficiência para o modelo social, reconhecendo que não é a lesão que limita, mas os condicionantes sociais que podem potencializar ou dificultar a participação plena da pessoa na sociedade. Com efeito, o tema da deficiência extrapolou a esfera médica e passou a ser uma questão de intervenção estatal por meio de políticas públicas. (DINIZ, 2007, p. 17).

No Brasil, de acordo com Lanna Junior (2010), já em meados do século XX, identificam-se associações criadas e geridas pelas próprias pessoas com deficiência (PcD), motivadas pela solidariedade entre pares. Não tinham, *a priori*, objetivo político definido, porquanto visavam apenas ao auxílio mútuo e à sobrevivência. Posteriormente, constituíram o embrião das iniciativas de cunho político que surgiriam no Brasil, sobretudo durante a década de 70, quando ganhou visibilidade e fomentou articulação para uma mobilização nacional capaz de influir diretamente na conjuntura política do período pós-ditadura militar.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB. Lei nº 9.394/96, no artigo 59) propõe aos sistemas de ensino a garantia de recursos e organização específicos para atender às necessidades dos seus alunos. Nas décadas de 80 e 90, teve início a proposta inclusiva, sugerindo que os sistemas educacionais passassem a ser responsáveis por criar condições para promover uma educação de qualidade para todos e fazer adequações que atendessem às necessidades educacionais especiais dos alunos com deficiência. No âmbito internacional, o ano de 1981 foi definido pela ONU como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), provocando amplo debate nacional sobre os seus direitos.

Em 1988, com a “Constituição Cidadã”, foi possível vislumbrar um novo rumo para a educação inclusiva. No seu artigo 205, estabeleceu a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. No artigo 206, inciso I, situou a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola”, como um dos princípios para o ensino e garante, como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (artigo 208, inciso III). (BRASIL, 1988). O mesmo princípio está contido no artigo 247, inciso III, da Constituição do Estado da Bahia, que data de 1989, e no inciso III, do artigo 4, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB-N. 9.394/96.

Na mesma perspectiva, houve, anterior à LDB referida, a publicação da Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1989) e, na década 90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei n. 8.069/90, revigorou os dispositivos legais supracitados ao determinar, no artigo 44, que portadores de deficiência têm o direito de frequentar a escola regular e, no artigo 55, que “os pais ou responsáveis têm a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino” (p. 23). Em relação a essa questão, vale mencionar

a Meta 4 do Plano Nacional de Educação, Lei n. 13.005 de 2014, que, relativa à educação especial, rege “preferencialmente” a inclusão na rede regular de ensino. Apesar dos embates sobre a questão da inserção da pessoa com deficiência em classes regulares ou em escolas especiais, o registro oficial manteve o termo “preferencialmente” em salas comuns. Dá, assim, a normativa legal a possibilidade de escolha da permanência, por parte dos pais ou dos responsáveis de manterem seus filhos e filhas com deficiência em classes que, a princípio, segregam em vez de oferecerem uma possibilidade maior e mais diversificada de interação social desses sujeitos de direitos.

Os marcos internacionais para a inclusão foram a Declaração Mundial sobre Educação para Todos, em Jomtien (1990), e a Declaração de Salamanca (1994), que propuseram que as escolas deveriam acomodar todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Nesse pacto, em 1994, foi publicada a Política Nacional de Educação Especial, que norteou o procedimento para ‘integração instrucional’ que condiciona o acesso às classes comuns do ensino regular aos que tivessem condições de acompanhar o ritmo dos alunos ditos normais. Contudo, a política não promove uma reformulação efetiva, mantendo a responsabilidade da educação desses alunos exclusivamente no âmbito da educação especial.

Em 1999, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE) pelo Decreto n. 3.076, com a função de cuidar da implantação da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Em 2003, o CONADE deixou a estrutura administrativa do Ministério da Justiça e passou a ser órgão colegiado da Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Em 2001, foi promulgada no Brasil a Convenção da Guatemala (1999), por meio do Decreto n. 3.956/2001, reafirmando que as PcD têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas. Definia como discriminação com base na deficiência toda diferenciação ou exclusão que possa

impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais.

Com o compromisso em relação à inclusão educacional e social, o Decreto n. 5.296/04, que regulamentou as Leis n. 10.048/2000 (que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica) e n. 10.098/2000 (que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências).

Em 2006, com a aprovação da Convenção sobre os Direitos das PcD, o Brasil, como país signatário, reafirmou seu compromisso com a adoção de medidas para elevar o índice da educação inclusiva. Em 2007, foi implantado o Programa Escola Acessível (objeto da pesquisa). A Resolução CD/FNDE n. 26/2007 estabeleceu as diretrizes para financiamento adicional de projetos educacionais da Educação Especial, tendo como uma das ações a adequação de escolas para acessibilidade física, por meio da apresentação de Planos de Trabalho Anual (PTA). Em 2008, o MEC, por meio da Secretaria de Educação Especial, lançou a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEE-EI), buscando nortear os sistemas de ensino para a garantia de direitos (BERSCH; SCHIRMER, 2005)

A proposta da educação inclusiva foi ratificada com a Lei Brasileira de Inclusão – LBI – n. 13.146/2015, destacando-a no artigo 27 como direito fundamental da PcD em todos os níveis de aprendizado ao longo de toda a sua vida, de forma a poder maximizar o seu desenvolvimento. Desse modo, constata-se que o Brasil tem avançado na legislação de políticas públicas voltadas à promoção dos direitos das pessoas com deficiência. No entanto, conforme observa Miranda (2016, p.3), o que se verifica “é uma falta de articulação entre elas, bem como a distância dessas políticas e as condições reais para a sua implementação [...]”

Ferreira (2009, p. 38) destaca que a acessibilidade espacial como um direito de todos deveria representar um avanço na inclu-

são de pessoas com deficiência nos sistemas educacionais, contudo, no cotidiano escolar, as discriminações persistem em gerar a exclusão daqueles que, a muito custo, conseguiram romper as barreiras de acesso à escolarização. Ademais, pondera-se a importância da relação afetiva que a pessoa desenvolve no ambiente escolar, tanto com outras pessoas com as quais convive, quanto em relação ao espaço. No dizer de Duarte e Cohen (2005, p. 5), “[...] é necessário que o processo cognitivo se desenvolva através da percepção e da apreensão do espaço para que o indivíduo possa conhecê-lo e ter a consciência da possibilidade de sua atuação sobre ele”.

Para que alunos com deficiências possam desenvolver o vínculo afetivo com o espaço escolar, é necessário que transitem, conheçam, se apropriem e atuem sobre ele. Sem esse sentimento de pertencimento, as funções da educação estarão colocadas em xeque. Apesar dos movimentos, legislações e fóruns mundiais sobre a “Educação para todos”, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura afirma que há 58 milhões de crianças fora da escola (BOAVENTURA, 2004).

METODOLOGIA

O caráter da pesquisa foi qualitativo. Minayo (2013) ressalta que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é a cena da dinâmica da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados e suplanta a teoria. Nessa linha, foi considerado, como mais adequado, o procedimento descritivo, que envolve quatro aspectos: descrição, registro, análise e interpretação dos dados coletados. Para atender a esse requisito, foram consideradas, como técnicas apropriadas, a análise documental e a observação participante.

Boaventura (2004, p. 46) esclarece que a revisão da literatura tem por objetivo promover a sustentação teórica do tema. Desse

modo, buscou-se, a partir da revisão da literatura, refletir e discutir sobre os pressupostos do paradigma da educação inclusiva, a questão da acessibilidade espacial escolar como direito fundamental de todos os alunos estarem juntos e aprendendo em escolas da rede regular de ensino.

A pesquisa documental, segundo Gil (2002), vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Com esse entendimento, foram analisados os instrumentos legais e pedagógicos que fundamentam e norteiam a implementação do PEA.

A observação participante, conforme Minayo (2013), permite ao pesquisador estabelecer uma relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, com a finalidade de colher dados e ampliar a compreensão do contexto da pesquisa.

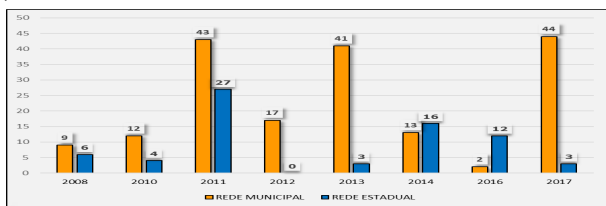
Para a realização das entrevistas, foi elaborado um questionário com questões abertas e fechadas. Consoante Gil (2008, p.121): “Construir um questionário consiste basicamente em traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas”. Desse modo, buscou-se com esse instrumento respostas a questões: a) fechadas sobre condições de acessibilidade espacial, seguindo os pressupostos de orientação, deslocamento e uso dos espaços, e b) abertas, possibilitando aos participantes complementarem as respostas dadas às questões fechadas e indicar sugestões para melhor desempenho do PEA.

O momento inicial da pesquisa demandou a revisão sistemática da literatura. Para aprofundar o conhecimento sobre o tema e obter elementos que serviram de parâmetro para a avaliação da eficácia do PEA, foi realizada também pesquisa documental sobre os assuntos: pessoa com deficiência, educação inclusiva e acessibilidade espacial nos ambientes escolares, destacando-se os acordos internacionais: a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Declaração de Salamanca (1994), a Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiência (2006), ratificada no Brasil

por meio do Decreto n. 186/2008, o Decreto n. 6.949/2009. Analisou-se também a legislação brasileira pertinente à inclusão social e educacional da PcD, com foco no Decreto n. 5.296/2004, que regulamentou as Leis n. 10.048/2000 e n. 10.098/2000; a Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Inclusão (2008); a Lei Brasileira de Inclusão (2015) e na ABNT-NBR n. 9050/2015. Revisou-se a literatura pertinente, com destaque para: Mantoan (2003), Duarte e Cohen (2004), Diniz (2007), Ferreira (2009), Lanna Junior (2010), Miranda (2012) e Carvalho (2014).

Para a ampliação do conhecimento sobre o PEA, manteve-se contato com a Coordenação Geral da Política de Acessibilidade na Escola (CGPAE) do MEC, que disponibilizou dados das unidades de ensino de Salvador contempladas pelo PEA nos exercícios de 2008 a 2017, no total de 252 unidades de ensino, conforme representados no gráfico 1. A rede municipal foi a que recebeu mais recursos, o que pode ser explicado pelo fato de que a esfera municipal é responsável pela maior etapa da Educação Básica. Conforme a LDB, art. 11, os municípios têm a incumbência de “oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas, e, com prioridade, o ensino fundamental [...]”.

GRÁFICO 1 - Quantidade de Unidades de Ensino de Salvador atendidas pelo Programa Escola Acessível, no período de 2008 a 2017.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponibilizados pelo MEC em 19 de julho de 2018.

A pesquisa foi realizada no ano de 2018, no período de 1º de outubro a 10 de dezembro, em 2 unidades de ensino, uma da

rede municipal e outra da rede estadual, localizadas nos bairros de Boca da Mata e Bonfim, respectivamente. A escolha das unidades de ensino fundamentou-se nos seguintes critérios: (i) estar localizada na região metropolitana de Salvador; (ii) ter recebido e utilizado o recurso do PEA; e (iii) ter no período de 2018 alunos com deficiências e que utilizam cadeira de rodas.

Realizou-se a observação participante com apoio de duas tabelas elaboradas especificamente para a pesquisa a partir do Manual de Acessibilidade Espacial Escolar do MEC (DISCHINGER; BINS ELY; BORGES, 2009), para verificar e registrar as condições de acessibilidade espacial para alunos com deficiência física e que utilizam cadeira de rodas na área interna e na área externa das escolas. Na segunda etapa, foram coletadas informações através de questionários aplicados a 11 pessoas. Esses instrumentos foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UCSal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A observação participante inicial ocorreu em diferentes unidades de ensino, localizadas em bairros distintos de Salvador e com diversos atores que se relacionam direta ou indiretamente com o PEA. A fase de observação possibilitou a seleção das unidades de ensino a serem pesquisadas e uma compreensão clara sobre fatores que obstruem a eficácia do mesmo. Sobre a análise documental do PEA, podem-se tecer os seguintes comentários: sua criação foi em 2007, ou seja, três anos após o Decreto n. 5296/2004 estipular no artigo 24, § 2º, prazo de trinta a quarenta e oito meses, a partir da publicação do Decreto, para que as edificações de uso público já existentes pudessem se adequar e garantir a acessibilidade nesses ambientes. Isso leva a entender o PEA como medida que visa a atender ao Decreto supracitado. Porém, considerando o aporte modesto para atender à demanda de reformas gerais, pondera-se

que esse recurso poderia ser utilizado como emergencial até que as escolas já em funcionamento e sem condições de acessibilidade pudessem ser reformadas de forma ampla e promovessem a inclusão de PcD, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

Os resultados evidenciam que alguns artefatos estão de acordo com as orientações da ABNT NBR 9050. Contudo, para que um ambiente seja considerado acessível, exige-se: (i) a possibilidade de orientação espacial, permitindo aos indivíduos reconhecerem a identidade e as funções dos espaços, assim como definir estratégias para seu deslocamento e uso; (ii) que o percurso esteja livre de qualquer tipo de obstáculo de um ponto ao outro (origem e destino) e a pessoa não necessite fazer perguntas nesse trajeto; e (iii) que o uso seja feito por todas as pessoas, de forma autônoma, segura e confortável.

Em ambas as escolas, foram identificados problemas de acessibilidade nos estacionamentos, nos banheiros, nos refeitórios, nas quadras de esportes. No colégio estadual, verificou-se que não há rampas em todos os ambientes necessários. Além disso, onde há rampas não há corrimãos e o piso está danificado no final, situação que pode provocar acidentes. As portas para os ambientes do colégio, nem todas têm a largura que permita a passagem de pessoas em cadeira de rodas. As maçanetas são arredondadas, dificultando a utilização de pessoas em cadeira de rodas ou com mobilidade reduzida. O ideal é que fossem na forma de alavanca.

Na parte externa de ambas as escolas, há calçadas com piso irregular ou com buracos, faixas de pedestre com o asfalto danificado e ponto de ônibus sem condição de deslocamento seguro para PcD.

Quanto aos questionários aplicados a 11 pessoas, apenas 3 responderam que sabiam da existência do PEA. As demais tomaram conhecimento por meio da pesquisa. Vale salientar que nenhum aluno do público-alvo ou seus respectivos responsáveis legais sabiam sobre o programa.

Sobre a utilização do recurso, a gestora da escola municipal informou que este foi aproveitado de forma complementar, visto que o imóvel havia passado por uma ampla reforma promovida pela prefeitura de Salvador. Assim, foi utilizado para compra de uma cadeira de rodas, um andador, materiais didáticos e melhoria do piso tátil. Pretende ainda ativar a sala de recursos multifuncionais.

A gestora do colégio estadual informou que o recurso foi utilizado durante a gestão anterior para reformas gerais, não atentando apenas para a questão da acessibilidade espacial.

As gestoras e a engenheira consideraram os valores insuficientes para promover as reformas necessárias. Cada unidade recebeu um total de R\$ 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais). Destacaram que as informações sobre o programa são igualmente insuficientes e que deveria haver um diálogo constante entre os órgãos e as escolas para um melhor suporte e orientação sobre a sua implementação.

As mães de alunos que participaram desta pesquisa relataram dificuldades de chegar até a escola, por isso algumas tiveram de contratar transporte particular. Das quatro mães participantes, uma não recebe benefício do governo, porque trabalha com carteira assinada, o que a exclui do direito de receber a pecúnia. Quando responderam sobre as condições de acessibilidade, com exceção da mãe da aluna do colégio estadual (que permanece na escola durante todo o turno auxiliando sua filha), as mães de alunos da escola municipal (que deixam seus filhos e vão embora da escola) tiveram dificuldade de responder se alguns ambientes são adequados ou não. Algumas nem conheciam todos os ambientes da escola.

A decisão de inserção de Auxiliares de Desenvolvimento Infantil - ADI surgiu a partir da constatação de que dois alunos, em decorrência da paralisia cerebral e outros comprometimentos, têm dificuldades de compreender e responder as perguntas pertinentes a este estudo. Além disso, todos os quatro alunos envolvidos nes-

ta pesquisa não se locomovem sozinhos. Os três alunos da escola municipal são assistidos pelos ADI, que os conduzem por todos os ambientes da escola onde é possível adentrar e circular com a cadeira de rodas e os auxiliam também em todas as atividades na escola. Já a aluna do colégio estadual é assessorada por sua mãe, que permanece durante todo o período de estudo no colégio. As unidades de ensino investigadas nesta pesquisa não têm sala de recursos multifuncionais para atendimento aos alunos.

A LBI (2015) também especifica no art. 3º, item IV, barreiras à acessibilidade:

“Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança [...]”

Os ADI permanecem durante todo o período junto aos alunos, por isso o vínculo é bem próximo. Relataram a necessidade de um canal para comunicação e sugestão, visando melhorar o desenvolvimento e o bem-estar dos alunos. Sugerem um lugar reservado para que os alunos possam ficar quando estiverem agitados. Responderam que alguns alunos não têm frequência regular por conta da dificuldade de chegar à escola. Outros desistem.

Essas mesmas dificuldades de deslocamento e permanência dos alunos na escola foram apontadas pela engenheira, para quem a falta de acessibilidade escolar compromete muito a educação de alunos com deficiência, pois a inviabilidade de acesso e as dificuldades diversas para atender às necessidades fisiológicas provocam a exclusão.

A aluna do colégio estadual avaliou que tinha mais dificuldade para usar o banheiro, pois não há espaço para a circulação da pessoa em cadeira de rodas. Considerou ainda de uso limitado:

a quadra de esporte, o telefone público, o balcão da cantina e os bebedouros. A sala de recursos audiovisuais fica no 1º andar e o colégio não possui elevadores ou rampas para os pisos superiores, assim, as dificuldades são maiores para acesso a esses ambientes.

Diversos fatores que dificultam a eficácia do PEA. A principal obstrução refere-se à falta de ajustes na informação e na comunicação entre os órgãos responsáveis pelo esboço teórico e os gestores das unidades escolares, imbuídos da dinâmica prática do PEA, tendo consequências diretas para que ele não atinja as suas metas.

Esse desconhecimento indica que não há a comunicação pertinente entre os gestores escolares e o público-alvo, bem como seus responsáveis legais. A carência de esclarecimentos sobre a existência do programa não suscita discussões sobre como efetivar suas metas. De 11 participantes, apenas 3 pessoas responderam que sabiam sobre o programa. Do mesmo modo, a ausência de acompanhamento por órgãos do MEC das unidades escolares inviabiliza a aplicação correta da verba.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa analisou a eficácia do Programa Escola Acessível no ensino básico em Salvador, Bahia. Para tal, avaliou as condições de acessibilidade espacial escolar de alunos com deficiências que utilizam cadeiras de rodas; verificou os mecanismos de gestão do Programa em escolas da rede municipal de Salvador e estadual da Bahia; e identificou os fatores que favoreciam e os que obstavam a eficácia do PEA.

Com base na análise documental do PEA, podem-se tecer os seguintes comentários: sua criação foi em 2007, ou seja, três anos após o Decreto n. 5296/2004 estipular no artigo 24, § 2º, prazo de trinta a quarenta e oito meses, a partir da publicação do Decreto, para que as edificações de uso público já existentes pudessem

se adequar e garantir a acessibilidade nesses ambientes. Isso leva a entender o PEA como medida que visa a atender o Decreto supracitado. Porém, considerando o aporte modesto para atender a demanda de reformas gerais, pondera-se que esse recurso poderia ser utilizado como emergencial até que as escolas já em funcionamento e sem condições de acessibilidade pudessem ser reformadas de forma ampla e promovessem a inclusão de PcD, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

O Documento Orientador do PEA (2013) afirma que “faz-se necessário a participação ativa de toda a comunidade escolar, considerando o ponto de vista e apreciação da família, estudantes, equipe diretiva, professores(as) do AEE e da sala comum” (p.3), mas não especifica de que maneira se efetivará essa participação. Também estabelece o prazo para utilização da verba, até 31 de dezembro do ano seguinte ao do repasse. Ficou claro que isso não vem ocorrendo em nenhuma esfera, visto que algumas escolas da rede municipal e da rede estadual adiaram a utilização do subsídio.

Cabe destacar que a dificuldade de locomoção de forma autônoma e comprometimento na oralidade não devem se constituir como fator de negação de direito de acessibilidade dos alunos com restrição motora; pelo contrário, amplia-se a necessidade de garantia de outros direitos, como ao Atendimento Educacional Especializado (AEE) na sala de recursos multifuncionais através da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA)¹. Sabe-se que “uma criança com atraso no desenvolvimento motor, ou com uma paralisia cerebral, quando incluída em ambiente escolar inclusivo, tem inúmeras razões para se sentir provocada a desenvolver habilidades que não desenvolveria em um ambiente segregado” (SCHIRMER *et al.*, 2007, p. 18).

1 A Comunicação Aumentativa e Alternativa – CAA é uma das áreas da TA que atende pessoas sem fala ou escrita funcional ou em defasagem entre sua necessidade comunicativa e sua habilidade em falar e/ou escrever. Busca, então, através da valorização de todas as formas expressivas do sujeito e da construção de recursos próprios desta metodologia, construir e ampliar sua via de expressão e compreensão [...] (BERSCH e SCHIRMER, 2005, p. 89).

Ainda na fase preliminar da pesquisa, nos primeiros contatos com as unidades de ensino, alguns gestores desconheciam que esse recurso fora destinado à adequação arquitetônica visando à inclusão de alunos da educação especial. Esse desconhecimento indica que não há a comunicação pertinente entre os gestores escolares e o público-alvo, bem como seus responsáveis legais. A carência de esclarecimentos sobre a existência do Programa não suscita discussões sobre como efetivar suas metas. De 11 participantes, apenas 3 pessoas responderam que sabiam sobre o Programa. Do mesmo modo, a ausência de acompanhamento por órgãos do MEC das unidades escolares inviabiliza a aplicação correta da verba.

Foram fornecidos R\$ 12.500,00 a cada unidade de ensino investigada. Verificadas as adequações necessárias para atender as pessoas com deficiências variadas, os gestores entrevistados afirmaram que o recurso não corresponde ao custeio total das reformas. Cabe aos gestores escolares a decisão de como administrar o Programa. Questiona-se, assim, a prorrogação para a utilização do subsídio. A base para o envio da verba é o Censo Escolar da Educação Básica do ano anterior, portanto, quando ocorre a prorrogação, equivale ao não atendimento de direito de alunos com deficiência naquele ano. Por isso, não convém adiar a utilização do recurso (BOAVENTURA, 2004).

Outro fator igualmente importante é que a ideia que se tem de acessibilidade espacial é restrita e confunde a avaliação das condições para saber se são boas, regulares ou más. No senso comum avistar uma rampa ou piso tátil induz a pensar o ambiente como acessível, mas a acessibilidade envolve a disposição de orientação, do deslocamento e do uso autônomo, seguro e confortável por PcD. O ideal é que as escolas dispusessem de elevadores, todavia, conforme explanação da engenheira, o valor da manutenção é alto e isso barra a implantação. Isto porque nem sempre é possível para os gestores escolares alocarem todas as turmas com alunos PNE para o térreo, considerando sua distribuição em várias séries. De mais a mais, os alunos não frequentam somente as salas de aula. Há

os laboratórios, bibliotecas, salas de vídeos, salas de informática, entre outras, e nem sempre é possível distribuir essas salas no primeiro piso. A inclusão educacional compreende também o direito de acesso ao transporte escolar adequado. Todavia, o Programa não prevê esse aspecto, ficando a cargo das famílias a providência do deslocamento entre a residência/escola/residência.

Questiona-se também a prorrogação para a utilização do subsídio. A base para o envio da verba é o Censo Escolar da Educação Básica do ano anterior, portanto, quando ocorre a prorrogação, equivale ao não atendimento de direito de alunos com deficiência naquele ano. Por isso, não convém adiar a utilização do recurso. A unidade de ensino pode receber o auxílio do PEA mais de uma vez.

Além de identificar os entraves à eficácia do PEA, vale elencar algumas sugestões a serem adotadas pelos gestores governamentais e das escolas: (i) Clareza nas informações e comunicações para que não se tenha nenhuma dúvida da destinação do financiamento e dos mecanismos acionados para sua execução; (ii) Levantamento prévio feito por profissionais da engenharia civil das modificações necessárias, a fim de repassar o valor apropriado para atender a demanda da unidade de ensino; (iii) Elaboração de cartilhas na linguagem compatível às crianças e adolescentes com informações pertinentes aos seus direitos e uso dos equipamentos; (iv) Acompanhamento das unidades de ensino pelas Secretarias de Educação, inclusive com consulta do grau de satisfação do público-alvo do programa; e (v) Palestras abertas a toda comunidade no tocante à educação inclusiva e oficinas.

Por fim, é importante destacar que a inclusão do estudante cadeirante no ensino regular se constitui como um desafio para todos aqueles inseridos no processo educacional, sejam professores, pais, AID ou colegas. Grande é a importância atribuída, portanto, às relações estabelecidas nos espaços escolares. Aqui se destaca a relevância de um olhar cuidadoso, que extrapole o âmbito da pesquisa apresentada, não só para o direito inquestionável ao respeito à di-

versidade, às necessidades especiais em relação à acessibilidade. Para além da acessibilidade, faz-se necessário o olhar para o cadeirante, como mais um aluno, um aluno com uma deficiência específica, que demanda direitos e cuidados especiais (exigíveis por lei), mas, acima de tudo, um aluno. Portanto, sujeito de direitos e de relações.

O PEA é estrutura complexa e a pesquisa analisou vários aspectos da sua implementação. Cumpre deixar como sugestão para futuras pesquisas a análise desse Programa em diferentes cidades e regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 9050/40**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Disponível em: <http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/abnt-nbr9050-edicao-2015.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BERSCH, R.; SCHIRMER, C. **Tecnologia Assistiva no Processo Educacional**. IN.: Ensaios Pedagógicos: Construindo Escolas Inclusivas. Brasília: MEC/SEESP, 2005.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da pesquisa: Monografia, dissertação, tese**. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das PcD (2006)**. Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4 ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

BAHIA. **Constituição do Estado da Bahia**. Assembleia Legislativa do estado da Bahia, Edição especial: 1989.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil, 1884**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm, Acesso em: 8 de junho de 2019.

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

BRASIL. **Censo Escolar da Educação Básica**. Brasília, Ministério da educação: 2018.

BRASIL. **Declaração de Salamanca. Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades**. Brasília: UNESCO, 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 15 fev. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001.** Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm> Acesso: em 13 mar. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-especial-sp-598129159>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

BRASIL. **Programa Mundial para Educação em Direitos Humanos,** 2006. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/textos/edh/br/plano_acao_programa_mundial_edh_pt.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. SEESP/SEED/MEC. **Atendimento Educacional Especializado (AEE).** Formação continuada à distância de professores para o atendimento educacional especializado. Deficiência Física, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_df.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva,** 2008. Disponível em: <www.mec.gov.br/seesp>. Acesso em: 29 ago. 2017.

BRASIL. **Manual do Programa Escola Acessível.** Brasília, DF: MEC/Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, 2010.

BRASIL. **Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 02 mar. 2018.

CARVALHO, R. E. **Escola Inclusiva: Reorganização do trabalho pedagógico.** Porto Alegre: Mediação, 2014.

DISCHINGER, M.; ELY, V.H.M.B.; BORGES, M.M.F.C. **Manual de acessibilidade espacial para escolas: O direito à escola acessível.** Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial, 2009.

DUARTE, C.R.S.; COHEN, R. Proposta de Metodologia de Avaliação da Acessibilidade aos Espaços de Ensino Fundamental. In: **Anais NUTAU 2006: Demandas Sociais, Inovações Tecnológicas e a Cidade.** São Paulo: USP, 2006.

DUARTE, C.R. **Afeto e Lugar: Pessoas com dificuldades de locomoção e espaço urbano**. 2005. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/afetoelugar>>. Acesso em: 31 jan. 2018.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

FERREIRA, W. B. Entendendo a discriminação contra estudantes com deficiência na escola. In. FÁVERO, O. *et al.* **Tornar a educação inclusiva**. Brasília: UNESCO, 2009, p. 25-54.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JUNIOR, M.C.M.J. **História do Movimento Político das PcD no Brasil**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

MANTOAN, M.T.E. **Inclusão Escolar: O que é? Por quê? Como fazer?**. São Paulo: Moderna, 2003.

MANTOAN, M.T.E. **A Educação especial no Brasil: da exclusão à inclusão escolar**. 2011. Disponível em: <<https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/mantoan.pdf>>. Acesso em: 01 de fev. de 2019.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIRANDA, T.G. **Educação Inclusiva: como a sociedade está se organizando para atender as pessoas com deficiência, por meio de políticas públicas**. Espaço do Autor. Editora UFBA, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/imagens/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

ONU. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova Iorque, 2006.

SCHIRMER C. R. *et al.* **Atendimento Educacional Especializado: Deficiência Física**. SEESP/SEED/ MEC. Brasília/DF, 2007.

TEIXEIRA, A. **Educação para a democracia**. Brasília: MEC, UFRJ, 1936.

FONTES DE ESTRESSE LABORAL E ESTRATÉGIAS DE COPING DOCENTE

*Maria Regina Teixeira Ferreira Capelo
Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim
Christina César Praça Brasil
John Miguel Costa Varela
Geraldo Bezerra da Silva Júnior
Ana Maria Fontenelle Catrib*

INTRODUÇÃO

A docência é das profissões em que se observam mais situações de estresse, podendo ser comparada aos controladores aéreos, cirurgiões, entre outros (CAPELO, POCINHO, 2016; JESUS, 2005; VIEIRA, RELVAS, 2003; MOTA, MONTENEGRO, 2006). Ademais, é referida pela própria Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1981) como uma profissão de alto risco físico e mental. O risco de adoecimento, relevante e socialmente reconhecido, associa-se ao trabalho (JESUS, 2005; MARTÍN; SALANOVA; PEIRÓ, 2003), estando presente na vida quotidiana (VAZ SERRA, 2011) e atingindo proporções epidêmicas, com impactos nocivos na saúde e no bem-estar dos trabalhadores e das organizações (CAPELO, 2014; CORREIA, GOMES, MOREIRA, 2010; MARTÍN, SALANOVA, PEIRÓ, 2003; MARTINS, 2007) em todo o mundo (ANTONIOU, OLYCHRONI, KOLTRONI, 2009; CHIEN, KYRIACOU, 2004; JESUS, 2005; JESUS, RUS,

TOBAL, 2013; KYRIACOU, SUTCLIFE, 1978; MARTINS, 2007; OBERLE, SCHONERT-REICHL, 2013).

A docência converteu-se numa realidade escolar dividida entre múltiplas atividades sociais, com destaque para a educação, a instrução, a formação, as especializações, a articulação com outros profissionais (como, por exemplo, psicólogos e assistentes sociais), a animação, a guarda, a alimentação, o lazer, o apoio social, o convívio intra e inter-geracional, a ação comunitária e a investigação. Destaca-se a supervisão, o trabalho burocrático, as tecnologias, o congelamento das carreiras, o aumento da idade da aposentadoria e, ainda, a alteração da organização dos horários escolares (ESTEVE, 1995; FORMOSINHO, 2001; JESUS, 2005).

Para além desses fatores genéricos anunciados, acrescentam-se outros diretamente relacionados com a situação profissional dos professores, a massificação do ensino, o excessivo número de alunos, a elevada exigência política colocada sobre o trabalho, a desvalorização social da função docente, o negativismo dos meios de comunicação social, as alterações na estrutura familiar, que têm acrescido as funções dos professores, e a indisciplina dos alunos (JESUS, 2001), as condições de trabalho, a carga horária e os problemas organizacionais (ANTONIOU, 2009), além das mudanças políticas educativas impostas pelo governo (KYRIACOU; CHIEN, 2004).

Essa realidade é enfatizada como resultado da crise econômica global que fez com que os professores tivessem reduções salariais, diminuição dos benefícios, insegurança laboral, deslocamentos em relação à sua área de moradia e submissão a avaliações de desempenho (MOUZA; SOUCHAMVALI, 2016). Os professores aparecem imersos numa complexa teia, perturbante, geradora de situações de estresse e mal-estar (GOMES *et al.*, 2016) relacionada com variáveis laborais e fatores exógenos que não conseguem controlar (MOUZA; SOUCHAMVALI, 2016) e, em consequência, experienciam menor satisfação com o trabalho, menor assiduidade

e maior propensão ao abandono da profissão (DIAS; NEVES; SILVEIRA; ENUMO, 2018; JEYARAJ, 2013).

É válido destacar que os profissionais não são uniformemente vulneráveis ao estresse (VAZ-SERRA, 2011), pois suas potenciais fontes surtem efeitos diferenciados, podendo constituir problemas para alguns, enquanto outros vivem satisfatoriamente a sua profissão (JESUS, 2005). É comum aos docentes que utilizam estratégias de *coping* proativas, em situação de trabalho, indutoras de estresse, não serem vulneráveis ao estresse e apresentem baixa prevalência de *burnout* (CAPELO, 2017; CAPELO, CALAÇA, 2016). Variáveis pessoais e sociodemográficas podem contribuir para a adoção de diferentes estratégias de enfrentamento do estresse (BAYRAKTAR; YILMAZ, 2016). Porém, os professores não podem evitar um olhar positivo sobre a profissão, alentarem opções de vida saudáveis, comunicarem com os superiores hierárquicos e integrarem uma comunidade de aprendizagem profissional (CLEMENT, 2017).

Qualquer episódio estressante desencadeado por fatores externos, tais como os estímulos físicos, as relações interpessoais e os acontecimentos de vida ou internos, como os do conhecimento, os da emoção e os da personalidade, obriga a nova adaptação do indivíduo (LAZARUS, FOLKMAN, 1984; VAZ-SERRA, 2011). Esse esforço cognitivo e comportamental para lidar com os desafios internos ou externos, avaliados pelo indivíduo como tendo ultrapassado os recursos, na concepção transacional de Lazarus e Folkman (1984), são representados pelo constructo *coping*.

O *coping* consiste no confronto, evitamento ou fuga, distanciamento, autocontrole e aceitação da responsabilidade, planificação, busca de apoio social e reavaliação positiva (LAZARUS, FOLKMAN, 1984; MORÁN, 2009). Kyriacou (1980) identificou três formas fundamentais de *coping* docente, quais sejam: expressar sentimentos e procurar apoio; desenvolver ações planejadas centradas na resolução de problemas; e envolver-se em atividades de diversão ou pensar sobre outros assuntos.

Latack (1986), com o intuito de avaliar o *coping* no trabalho, desenvolveu uma escala que contempla aspectos relevantes estudados na bibliografia sobre o *coping*, tais como a dicotomia entre o *coping* centrado na emoção (escape, esquiva) e o *coping* centrado no problema (controle) e, também, a ênfase nas avaliações cognitivas e nas ações do indivíduo para gerir a situação (LEITER, 1991). Além disso, conseguiu a confirmação de três categorias - controle ou confronto; evitamento ou fuga; e gestão das emoções. Apurou, ainda, que os participantes utilizavam principalmente estratégias de controle ou de confronto (LATAACK, 1986; LEITER, 1991). Resultados idênticos foram obtidos por Capelo (2014) e Capelo e Calaça (2016) em amostras de professores portugueses.

As implicações do estresse na qualidade de vida e na saúde mental dos docentes são muito importantes, uma vez que eles trabalham com os recursos mais preciosos de uma sociedade - as crianças e os jovens (CARDOZO, 2017). Neste segmento, o presente estudo descreve as fontes de estresse e as estratégias de *coping* usadas pelos professores para lidarem com as ocorrências desafiantes do cotidiano laboral. A pesquisa foi orientada mediante duas questões:

- Quais são as fontes de estresse laboral identificadas pelos professores?

- Quais são as estratégias de *coping* utilizadas pelos professores para lidarem com o estresse laboral?

METODOLOGIAS

Este trabalho recorre a uma revisão sistemática da literatura, que consiste em combinar e integrar os distintos resultados publicados sobre o tema e fazer uma síntese dos mesmos, permitindo observar tendências que se destaquem, assegurando a sua reprodução (FORTIN, 2009).

A pesquisa bibliográfica foi operacionalizada mediante busca eletrônica de artigos em inglês, espanhol e português, indexados em bases de dados *b-on*, a partir dos descritores fontes de “estresse, *coping* e professores”. Foram usados os seguintes filtros: publicações recentes, que incluem o período 2013 e 2019, revistas científicas com *blind review* e em *open space*.

A amostra, selecionada a partir da leitura prévia dos resumos de estudos relevantes identificados, adveio dos seguintes critérios de inclusão: investigação qualitativa e quantitativa sobre fontes de estresse e *coping* utilizados pelos professores, isto é, pelos docentes da educação pré-escolar, ensino básico e ensino secundário. A opção recaiu sobre os artigos que continham informações pertinentes sobre o objeto de estudo, fazendo-se a tradução e a extração das informações, sobretudo aquelas com evidência empírica. Contemplados os critérios de inclusão, o acervo final é de 21 estudos.

RESULTADOS

Os resultados encontrados estão relacionados por autoria, profissionais (educadores de infância; professores), tipo de investigação, contexto de estudo e tema. Embora expostos de forma sucinta, acredita-se que possam contribuir para o esclarecimento das questões de investigação formuladas. O quadro 1 expõe as fontes de estresse enunciadas pelos docentes de diversos níveis de ensino e locais do mundo.

Quadro 1. Fontes de estresse docente

| Autoria | Ano | Local | Tipo de investigação | Fontes de estresse |
|------------------------|------|---------------|--|--|
| Aziz <i>et al.</i> | 2019 | Malásia | Estudo qualitativo | Alunos com baixa proficiência – comportamentos disruptivos dos alunos – excesso de trabalho – falta de apoio. |
| Harmesen <i>et al.</i> | 2018 | Holanda | Estudo quantitativo | Altas demandas das tarefas psicológicas – aspetos negativos dos alunos – clima laboral negativo. |
| Dias-Lucy e Guirguis | 2017 | USA | Estudo qualitativo | Sobrecarga de trabalho – falta de apoio dos professores – falta de apoio da administração – desafios da disciplina – desafios curriculares – demandas do trabalho e demandas familiares – querer corresponder às próprias expectativas – falta de rotinas definidas – gestão do tempo em sala de aula – não ter expectativas claras. |
| Cardozo | 2017 | Bolívia | Estudo qualitativo (com caráter misto) | Professores de escolas públicas: pais - direção - indisciplina dos estudantes - tempo - colegas - infraestruturas e meios - avaliação e planificação - junta escolar - aproveitamento escolar dos estudantes - atividades extracurriculares. Professores de escolas privadas: direção - pais - indisciplina dos estudantes - economia - infraestruturas e meios - tempo – colegas. Professores de meios rurais: deslocação ao trabalho - infraestruturas e meios - direção - indisciplina dos estudantes - junta escolar - pais – colegas. |
| Feltoe <i>et al.</i> | 2016 | Austrália | Estudo quantitativo | Muito tempo gasto com trabalho burocrático - Exigências sob a forma de papelada - Currículo sobrecarregado - Falta de tempo para a preparação da aula - Gerir o tempo letivo - Altas expectativas dos professores (por exemplo, bom desempenho docente) - fraca motivação - Introdução do currículo nacional - Responsabilidade pelos resultados dos exames dos alunos - Muito tempo gasto na comunicação dos resultados dos alunos - Altas expectativas do diretor em relação aos resultados do ensino - Grandes expectativas da administração - Falta de reconhecimento - Manutenção da disciplina - Pressão da mudança social - Pressão das políticas governamentais de educação - Classes barulhentas - Falta de participação na tomada de decisão - Ritmo acelerado do dia letivo - Apoio extra às classes sêniores na preparação para exames - Baixa habilidade - Recusa em completar o dever de casa - Requisitos das atividades extracurriculares - Programa mal definido - Participação em reuniões escolares após o expediente - Expectativas elevadas dos pais (por exemplo, bons resultados académicos) - Ter que assegurar aulas de professores ausentes - Inscrições tardias do trabalho - supervisão - Falta de oportunidades promocionais. |
| Bowen | 2016 | África do Sul | Estudo qualitativo | Resultante de ensinar: sobrecarga de trabalho – formação inadequada – lacunas no conhecimento dos assuntos – pressão de tempo e comportamento dos alunos. Resultante de relações interpessoais: relação negativa com colegas e superiores hierárquicos. Resultante de questões organizacionais: condições de trabalho – recursos pedagógicos – espaços compartilhados – desenvolvimento profissional – progressão na carreira. |

| Autoria | Ano | Local | Tipo de investigação | Fontes de estresse |
|----------------------|------|----------|----------------------|--|
| Aydin e Kaya | 2016 | Turquia | Estudo quantitativo | Razões associadas à profissão docente - à administração escolar e às instalações escolares - especificamente - insuficiência de recursos, supervisão constante - tédio e exaustão da profissão - competição e ambição - comportamentos irresponsáveis/problemáticos dos alunos - altos desafios e expectativas - falta de tempo para si próprio. |
| Capelo e Pocinho | 2016 | Portugal | Estudo quantitativo | Comportamentos inadequados e indisciplina dos alunos - o trabalho burocrático e administrativo - as políticas de intervenção disciplinares inadequadas - as pressões de tempo e sobrecarga de trabalho - estatuto da carreira docente - diferentes capacidades e motivações dos alunos. |
| Méndez e Lira | 2015 | México | Estudo quantitativo | Problemas associados aos alunos como a desmotivação e falta de interesse em aprender - dificuldades de aprendizagem - consumo de substâncias psicotrópicas - indisciplina e condutas antissociais como potenciadores do stress docente. |
| Capelo <i>et al.</i> | 2013 | Portugal | Qualitativo | Conciliação família-trabalho/problemas pessoais - instabilidade laboral - conflitos interpessoais - burocracia e excesso de projetos - comportamentos dos alunos - clima laboral e gestão do tempo. |

Fonte: Elaboração dos autores.

O quadro 2 que se segue sintetiza as estratégias de *coping* utilizadas pelos docentes para lidarem com os desafios que a profissão lhes acomete.

Quadro 2. *Coping* utilizado pelos professores

| Autoria | Ano | Local | Tipo de investigação | <i>Coping</i> utilizado |
|-----------------------|------|---------|----------------------|---|
| Aziz <i>et al.</i> | 2019 | Malásia | Estudo qualitativo | Avaliação e reavaliação de possíveis soluções – estratégias de enfrentamento pessoal, social, profissional e institucional. |
| Harmsen <i>et al.</i> | 2018 | Holanda | Estudo quantitativo | Tensão – emoções negativas – descontentamento. |
| Dias et al. | 2018 | Brasil | Estudo Quantitativo | O quanto têm praticado - esquecer as coisas que aconteceram na escola após período de trabalho e viver uma vida saudável > O quanto é efetivo – analisar e tentar manter os problemas em foco. |
| Dias-Lucy e Guirguis | 2017 | USA | Estudo qualitativo | Buscar suporte administrativo – procurar fontes externas de apoio – reavaliação das práticas – aceitar a situação – procurar apoio dentro da escola – gerir o tempo – procurar apoio pessoal e administrativo – buscar suporte de um mentor – buscar suporte de um mentor/buscar suporte de um professor amigo. |

| Autoria | Ano | Local | Tipo de investigação | Coping utilizado |
|----------------------|------|-----------|----------------------|--|
| Capelo | 2017 | Portugal | Estudo quantitativo | Estratégias de controle/enfrentamento - Estratégias de evitamento ou fuga - Estratégias de gestão de sintomas. |
| Capelo e Calaça | 2016 | Portugal | Estudo quantitativo | Estratégias de controle/enfrentamento - Estratégias de evitamento ou fuga - Estratégias de gestão de sintomas. |
| Feltoe <i>et al.</i> | 2016 | Austrália | Estudo quantitativo | Exercício - beber álcool - conversar com os outros - hobbies – comer. |
| Contreras e Barraza | 2016 | Paraguai | Estudo quantitativo | Procura de alternativas para resolver as ocorrências stressantes - pensar de maneira positiva. |
| Capelo e Pocinho | 2016 | Portugal | Estudo quantitativo | Estratégias de controle/enfrentamento - Estratégias de evitamento ou fuga - Estratégias de gestão de sintomas. |
| Martínez-Ramon | 2015 | Espanha | Estudo quantitativo | Estratégias de auto focalização negativa e de expressão emocional aberta são utilizadas maioritariamente quando os professores apresentam indicadores de <i>burnout</i> . Estratégias focalizadas na solução de problemas e na reavaliação positiva são associadas a maior realização pessoal e menores níveis de stresse. |
| Capelo <i>et al.</i> | 2013 | Portugal | Estudo qualitativo | Estratégias focalizadas nas competências pessoais e interpessoais. Estratégias focalizadas nas competências profissionais. Estratégias organizacionais a partir das entidades governamentais. |

Fonte: Elaboração dos autores.

DISCUSSÃO

Os dados anteriormente apresentados nos quadros 1 e 2 colocam em destaque as principais fontes de estresse dos professores, bem como os mecanismos de *coping* utilizados por esses profissionais em diferentes níveis de ensino. As informações extraídas de referenciais recentes, publicadas ao longo dos últimos cinco anos, descortinam a realidade de um fenômeno crescente em diferentes locais do mundo (JESUS, 2001).

A literatura apresenta provas da multiplicidade de estressores laborais que afetam o bem-estar docente. Questões associadas aos alunos relacionadas a problemas de aprendizagem, indisciplina, comportamentos disruptivos, entre outras (AYDIN, KAYA, 2016; BOWEN, 2016; CAPELO, POCINHO, 2016; CARDOSO, 2017; FELTOE, BEAMISH, 2016; MENDES, LIRA, 2013); à prática pedagógica (BOWEN, 2016; DIAS-LUCY, GUIRGUIS, 2017), o que inclui currículos, programas, atividades extracurriculares, ausência de parcerias entre os pares (FELTOE; BEAMISH, 2016), formação inadequada e lacunas no conhecimento do currículo (BOWEN, 2016); expectativas docentes (AYDIN, KAYA, 2016; DIAS-LUCY, GUIRGUIS, 2017); expectativas dos pais (CARDOZO, 2017; FELTOE, BEAMISH, 2016) e expectativas da hierarquia (BOWEN, 2016; CARDOZO, 2017; FELTOE, BEAMISH, 2016).

Nesse sentido, os estressores associados ao trabalho docente também incluem aspectos relacionais, tais como: altas demandas psicológicas (AYDIN, KAYA, 2016; DIAS-LUCY, GUIRGUIS, 2017; HARMSSENT *et al.*, 2018); clima laboral (BOWEN, 2016; CAPELO *et al.*, 2013; CARDOZO, 2017; HARMSSENT *et al.*, 2018); falta de suporte emocional ao professor (AZIZ *et al.*, 2019); demandas familiares e conciliação família-trabalho (CAPELO *et al.*, 2013; DIAS-LUCY, GUIRGUIS, 2017); sobrecarga de trabalho (BOWEN, 2016; DIAS-LUCY, GUIRGUIS, 2017); excesso de projetos superiormente determinados (CAPELO *et al.*, 2013); pressão/gestão do tempo (AYDIN, KAYA, 2016; BOWEN, 2016; CAPELO, POCINHO, 2016; CARDOZO, 2017; DIAS-LUCY, GUIRGUIS, 2017; FELTOE, BEAMISH, 2016); trabalho burocrático (FELTOE, BEAMISH, 2016; CAPELO, POCINHO, 2016; CAPELO *et al.*, 2013).

Destacam-se, ainda, nesse contexto, os aspectos que englobam a organização do trabalho, quais sejam: infraestrutura e recursos pedagógicos precários (AYDIN, KAYA, 2016; BOWEN,

2016; CARDOZO, 2017); desmotivação, falta de participação na tomada de decisão e falta de reconhecimento (FELTOE, BEAMISH, 2016); política educacional (CAPELO, POCINHO, 2016; FELTOE, BEAMISH, 2016); desenvolvimento profissional (BOWEN, 2016); supervisão (AYDIN, KAYA, 2016), instabilidade de laboral (CAPELO *et al.*, 2013); progressão na carreira (CAPELO, POCINHO, 2016; BOWEN, 2016; FELTOE, BEAMISH, 2016); e os deslocamentos para o trabalho (CARDOZO, 2017).

Os resultados encontrados corroboram os de Capelo (2014), Gomes *et al.* (2006) e Kyriacou e Sutcliff (1978). Estes pesquisadores colocam em evidência as fontes de estresse docente, mas não permitem determinar aquelas que provocam maior sofrimento. O trabalho desses profissionais converteu-se em uma realidade composta, dividida entre múltiplas atividades sociais, com destaque para a educação, a instrução, a formação, a animação, a guarda, a alimentação, o lazer, o apoio social, o convívio intra e inter-geracional, a ação comunitária e a supervisão, além de outras atribuições (ESTEVE, 1995; FORMOSINHO, 2001), tornando esta profissão de alto risco físico e mental (OIT, 1981).

O estresse deriva das relações dinâmicas que se estabelecem entre os recursos pessoais e as exigências laborais (JESUS, 2011), porém o indivíduo não vive sem ele (VAZ-SERRA, 2011). Entretanto, o impacto prolongado do estresse laboral afeta a saúde (KOURMOUSI, ALEXOPOULOS, 2016; MARTINS, 2007; OBERLE, SCHONERT-REICHEL, 2013) e gera sentimentos negativos em relação à profissão (JEYARAJ, 2013). O nível de gravidade de cada um desses fatores para o professor reporta-se à percepção subjetiva dos mesmos, à frequência com que eles ocorrem na sua vida profissional, às estratégias de *coping*, mas também à atitude positiva que detém em relação ao trabalho.

Quanto aos mecanismos utilizados pelos professores para lidarem com os eventos estressantes, ficou saliente a importância das estratégias de enfrentamento ao nível pessoal, social, profissional e

institucional (AZIZ *et al.*, 2019); ou estratégias centradas nas competências pessoais e interpessoais; estratégias profissionais; e, ainda, estratégias organizacionais (CAPELO *et al.*, 2013). Estas podem ser adotadas no sentido de encontrar alternativas para solucionar o problema (CONTRERAS; BARRAZA, 2016), sendo as estratégias de autofocalização negativa adotadas, na maioria das vezes, quando os professores apresentam indicadores de *burnout* e estratégias centradas na reavaliação positiva associadas a maior realização pessoal e a níveis de stresse mais baixos (MARTÍN-RAMON, 2015).

Vaz-Serra (2011) indica que o indivíduo tende a recorrer a estratégias focadas no problema quando o estresse é avaliado como pouco intenso e o problema pode ser resolvido. Acrescenta que as estratégias centradas na emoção emergem quando o indivíduo conceitualiza que não dispõe de recursos para alterar a ameaça ou a mudança ambiental. Isto é, quando o indivíduo recorre a estratégias de *coping* adequadas sente normalmente que tem um bom controle das situações, enfrenta e resolve ativamente os problemas, utilizando mecanismos que reduzem os estados de tensão que não são lesivos para a sua saúde e para si; não permitindo que a vida quotidiana seja perturbada por acontecimentos estressantes e normalmente não se deixando responsabilizar pelas consequências menos boas dos acontecimentos (PACHECO; JESUS, 2008).

Diante das emoções negativas, tensão e descontentamento (HARMSSEN *et al.*, 2018) perante eventos laborais estressantes, estudos indicam a importância da avaliação e reavaliação de possíveis soluções (DIAS-LUCY; GUIRGUIS, 2017). Nesse sentido, indicam as ações de analisar e tentar manter os problemas em foco (DIAS *et al.*, 2018), pensar positivo (CONTRERAS; BARRAZA, 2016), procurar apoio administrativo e/ou pessoal e suporte de um mentor ou de um professor amigo. Por outro lado, também há orientações para que o professor procure esquecer o que aconteceu na escola e viver uma vida saudável (DIAS *et al.*, 2018), aceitar a situação (DIAS-LUCY; GUIRGUIS, 2017), praticar exercício físi-

co e ter *hobbies*, consumir bebidas alcoólicas (de forma moderada e socialmente), comer e conversar com outras pessoas (FELTOE *et al.*, 2016).

Categorias de *coping* – controle/confronto, evitamento/fuga e gestão de sintomas foram assinaladas nos estudos de Capelo e Calaça (2016), Capelo e Pocinho (2016) e Capelo (2017), corroborando a perspectiva de Latack (1986). Este último autor assevera que, numa situação profissional, as estratégias proativas ou de controle podem produzir melhores resultados. No entanto, torna-se impossível avaliar em absoluto a eficácia de qualquer estratégia de *coping* devido à sua ligação a fatores situacionais e de personalidade (JESUS; PEREIRA, 1994).

O interesse pelas diversas formas de adaptação da pessoa aos eventos adversos indutores de estresse (LAZARUS, FOLKMAN, 1984; VAZ-SERRA, 2011) não pode ser efetuado sem a sua relação com o estresse (PACHECO; JESUS, 2008). O estímulo potencialmente estressante pode conduzir a múltiplas respostas em diferentes pessoas. As mais variadas reações dependem da avaliação cognitiva, da situação e dos recursos (MARTÍN; SALANOVA; PEIRÓ, 2003); da energia, da saúde, dos pensamentos positivos, da capacidade de socialização do indivíduo (LAZARUS; FOLKMAN, 1984); das experiências passadas, das crenças, dos valores, das características psicológicas e de personalidade, do locus de controle, do autoconceito, da autoestima, do sentido de humor, do otimismo, entre outras variáveis diferenciadoras (RIBEIRO, 2009; VAZ SERRA, 2011). Contudo, o uso das estratégias para lidar com situações adversas do quotidiano laboral docente é um tema que precisa ser investigado em maior profundidade com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e as condições de trabalho docente (DIAS *et al.*, 2018).

As fontes de estresse e as estratégias de *coping* evidenciadas denotam a necessidade de implementação de programas promotores do bem-estar profissional nos currículos de formação inicial e contínua do pessoal docente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados descortinam o cotidiano escolar e mostram profissionais que vivenciam a sua atividade laboral envolta em desafios, obstáculos e pressões díspares que resultam de diversas direções internas ou externas, geradoras de estresse. O bem-estar docente depende também da atitude de cada um na sua prática pedagógica e interpessoal em relação aos alunos, aos pares e à hierarquia. Além disso, para lidar com as diferentes problemáticas, os professores são continuamente obrigados a fazer avaliações e reavaliações cognitivas e a recorrerem às estratégias de *coping* possíveis no momento em que se encontram ou as que lhes são convenientes.

Os resultados também sugerem a importância que a organização escolar deve conceder aos seus recursos humanos, nomeadamente aos docentes, à prevenção e/ou à eliminação das situações de mal-estar desses profissionais. Isto poder ser feito, por exemplo, por meio das seguintes estratégias: oferta de formação contínua e programas de prevenção; promoção de imagem positiva para a profissão; sensibilização e envolvimento dos pais/encarregados de educação no processo educativo; aprimoramento da infraestrutura e dos equipamentos; estímulo à cooperação, à partilha, ao trabalho em equipe. Tudo isto se faz imprescindível pelo fato de os professores precisarem gozar de bem-estar e saúde, uma vez que têm em suas mãos a incumbência de educar e instruir crianças e jovens.

REFERÊNCIAS

- ANTONIOU, A-S. Working with students with Special Educational Needs in Greece: Teachers Stressors and *Coping* Strategies. **International Journal of Special Education**, v. 24, n.1, p. 100-111, 2009.
- AYDIN, B.; KAYA, A. Sources of stress for teachers working in private elementary schools and methods of *coping* with stress. **Universal Journal of Educational Research**, v. 4, n. 12A, p. 186-195, 2016.

AZIZ, A.B.; AZWAN, A.; SUYANSAH, S.; AZHAR, J.; HISHAM, S.H. *Coping* with stress: Exploring the lived experiences of english teachers who persist in Malaysian rural schools. **Indonesian Journal of Applied Linguistics**, v. 8, n. 3, p. 506-514, 2019.

BAYRAKTAR, H.V.; YIMAZ, K.Ö. Examination of stress-*coping* methods of primary school teachers in terms of diferente variables. **Journal of Educational and Training Studies**, v. 4, n. 8, p. 167-179, 2016.

BOWEN, A. Sources of Stress: Perceptions of South African TESOL Teachers. **Universal Journal of Educational Research**, v. 4, n. 5, p. 1205-1213, 2016.

CAPELO, M.R.T.F. **Estrés, *coping* y autoeficácia. Estresores más frecuentes y estrategias personales para mejorar el bienestar docente.** Alemanha: Publicia, 2014.

CAPELO, M.R.T.F. Vulnerabilidade ao estresse, *coping* e burnout em educadoras de infancia portuguesas. **Educar em Revista**, n. 64, p. 155-169, 2017.

CAPELO, M. R. T. F.; CALAÇA, Z. V. A. O poder preditivo do *coping* e do engagement no stress laboral dos professores do ensino especial. **Informes Psicológicos**, v. 16, n. 2, p. 13-25, 2016.

CAPELO, M.R.T.F.; POCINHO, M. Estratégias de *coping*: contributos para a diminuição do stresse docente. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 2, p. 282-294, 2016.

CAPELO, M. R. T. F.; POCINHO, M.; SANTOS, C. Stresse e *coping* em educadores de infância portuguesas: um estudo exploratório. **Trabajo**, n. 28, p. 68-81, 2013.

CARDOZO GUTIÉRREZ, L. A. Configuraciones categoriales respecto a fuentes de estrés em los profesores. **RIP: Desafios Educativos**, 17, p. 29-49, 2017.

CLEMENT, M. Why combatting teachers' stress is everyone's job. **The Clearing House: A Journal of Educational Strategies, issues and Ideas**, v. 90, n. 4, p. 135-138, 2017.

CORREIA, T.; GOMES, R.; MOREIRA, S. **Estresse ocupacional em professores do ensino básico: um estudo sobre as diferenças pessoais e profissionais.** In Atas do Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, VII, Braga: Universidade do Minho, p. 1477-1493, 2010.

CONTRERAS CELIS, P.; BARRAZA MACÍAS, A. Estrategia de afrontamento al estrés laboral em docentes de educación básica. **Eureka**, v. 13, n. 2, p. 248-262, 2016.

DIAS-LACY, S.; GUIRGUIS, R. V. Challenges for new teachers and ways of *coping* with them. **Journal of Education and Learning**, v. 6, n. 3, 2017.

DIAS, T. L.; NEVES, M. S.; SILVEIRA, K. A.; ENUMO, S. R. F. Estresse e estratégias de enfrentamento de professores: um estudo comparativo. **Revista Triângulo**, v. 11, n. 2, p. 264-279, 2018.

ESTEVE, J. M. Mudanças sociais e mudanças na educação: da educação de elite à educação de massas. In: A. Nóvoa (Org.). **Profissão Professor**. 2.^a edição. Porto: Porto Editora, 95-124, 1995.

FELTOE, G.; BEAMISH, W.; DAVIES, M. Secondary School Teacher stress and *Coping*: Insights from Queensland, Austrália. **International Journal of Arts & Sciences**, v. 9, n. 2, p. 597-608, 2016.

FORMOSINHO, J. Especialização docente e pedagogia emancipatória. In: Teodoro (org.). **Educar, promover, emancipar**. Lisboa. Edições Universitárias Lusófonas, Lda. 2001.

FORTIN, M-F. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

GOMES, R.; SILVA, M. J.; MOURISCO, S.; SILVA, S.; MOTA, A.; MONTENEGRO, N. Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, “burnout” saúde física e satisfação profissional em professores do 3.º ciclo e ensino secundário. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 19, n.1, p. 67-93, 2006.

HARMSSEN, R.; HELMS-LORENZ, M.; MAULANA, R.; VAN-VEEN, K. The relationship between beginning teacher’s stress causes, stress responses, teaching behaviour and attrition. **Teachers and Teaching**, v. 24, n. 6, p. 626-643, 2018.

JESUS, S. N. Bem-estar docente: Perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In A. Pinto e A. Silva (coord.). **Stress e bem-estar nas organizações**. Stress e bem-estar. Modelos e domínios de aplicação. Lisboa: Climepsi Editores, p. 167-184, 2005.

JESUS, S. N. Training intervention to promote motivation and well-being. **Análisis y Modificación de Conducta**, v. 37, n. 155-156, p. 31-41, 2011.

JESUS, S. N. **Como prevenir e resolver o stress dos professores e a indisciplina dos alunos?** Porto: ASA Editores II, S. A, 2001.

JESUS, S. N.; PEREIRA, A. **Estudo das estratégias de “coping” utilizadas pelos professores**. Actas do 5.º Seminário A Componente da Psicologia na Formação de Professores e Outros Agentes Educativos, Universidade de Évora, 253-268, 1994.

JESUS, S. N.; RUS, C.; TOBAL, J. Effectiveness of a stress management training on motivation and well-being. **Journal of Spatial and Organizational Dynamics**, v. 1, n. 3, p. 142-153, 2013.

JEYARAJ, S. Occupational stress among the teachers of the higher Secondary in Madurai District, Tamil. **IOSR Journal of Business and Management**, v. 7, n. 5, p. 63-76, 2013.

- KOURMOUSI, N.; ALEXOPOULOS, E. C. Stress Sources and manifestations in a Nationwide sample of pre-primary, primary and secondary educators in Greece. **Frontiers in Public Health**, v. 4, n. 73, p. 1-9, 2016.
- KYRIACOU, C. *Coping* actions and occupational stress among school teachers. **Research in Education**, v. 24, p. 57-61, 1980.
- KYRIACOU, C.; CHIEN, P-Y. Teacher stress in Taiwanese primary schools. **Journal of Educational Enquiry**, v. 5, n. 2, p. 86-104, 2004.
- KYRIACOU, C.; SUTCLIFF, J. Teacher stress: Prevalence, sources and symptoms. **British Journal of Educational Psychology**, v. 48, p. 159-167, 1978.
- LATAACK, J. C. *Coping* with Job Stress: Measures and Future Directions for Scale Development. **Journal of Applied Psychology**, v. 71, n. 3, p. 377-385, 1986.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- LEITER, M. *Coping* patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist *coping* patterns. **Journal of Organizational Behaviour**, v. 12, p. 123-144, 1991.
- MARTÍN, P.; SALANOVA, M.; PEIRÓ, J. El estrés laboral. Un concepto cajón-de-sastre? **Proyecto Social: Revista de Relaciones Laborales**, v. 10-11, p. 167-185, 2003.
- MARTÍNEZ-RAMÓN, J. P. Como se defendem os professores do secundário do stress: burnout e estratégias de enfrentamento. **Journal of Work and Organizational Psychology**, n. 31, p. 1-9, 2015.
- MARTINS, M. G. T. Sintomas de stress em professores brasileiros. **Revista Lusófona de Educação**, v. 10, p. 109-128, 2007.
- MÉNDEZ, M. T. S.; LIRA, L. R. Identificación de estresores laborales y burnout em docentes de una secundaria para trabajadores del distrito federal. **Salud Mental**, v. 38, n. 5, 2015.
- MORÁN, C. **Etrés, burnout y mobbing: Recursos y estrategias de afrontamento**. Salamanca: Amarú Ediciones, 2009.
- MOUZA, A.; SOUCHAMVALI, D. Effect of Greece's New Reforms and Unplanned Organizational Changes on the Stress Levels of Primary School Teachers. **Social Indicators Research**, v. 128, n. 2, p. 981-994, 2016.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Emploi et conditions de travail des enseignants**. Genève: Bureau International de Travail, 1981.
- OBERLE, E.; SCHONERT-REICHL, K. A. Stress contagious in the classroom? The link between classroom teacher burnout and morning cortisol in elementary school students. **Social Science & Medicine**, v. 159, p. 30-37, 2013.

PACHECO, J. E. P.; JESUS, S. N. Burnout, *coping* e estilos de vida em profissionais de saúde. In: SIQUEIRA, M. M. M., JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. (Org.), **Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa** (2.^a edição). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, p. 25-39, 2008.

PINTO, A. M.; SILVA, A. L.; LIMA, M. L. **Como lidam os professores com o stress profissional? *Coping* e burnout profissional em professores portugueses.** Proform@ronline [revista online], v. 7, n. 1, 2005.

PINTO, A.; SILVA, A.; LIMA, M. Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reação de burnout. **Psychologica**, v. 33, p. 181-194, 2003.

SALTIEJERAL, M. T. Identificación de estressores laborales y burnout en docents de una secundária para trabajadores del Distrito Federal. **Salud Mental**, v. 38, n. 5, p. 361-369, 2015.

RIBEIRO, J. L. P. *Coping*: estratégias para redução do stress. **Executive Health and Wellness**, v. 1, n. 9, p. 28-29, 2009.

VAZ SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias.** Lisboa: Adriano Vaz Serra, 2011.

VIEIRA C. R.; RELVAS, A. P. **A(s) Vida(s) do Professor: Escola e Família.** Coimbra: Quarteto Editora, 2003.

VIOLÊNCIAS PERCEBIDAS PELA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: DESAFIOS PARA A SAÚDE E PARA A SOCIEDADE

Raimunda Magalhães da Silva

Hozana Wanessa Alves Pereira

Jonas Loiola Gonçalves

Joana Mendes de Andrade Augusto Lima

Paulo Felix de Almeida Pena

Geisy Lanne Muniz Lunna

INTRODUÇÃO

No século XIX, as mulheres intitulas “parteiras”, as quais gozavam da confiança da comunidade, faziam os partos em casa, com os conhecimentos passados por seus antecedentes do sexo feminino. Não eram utilizados instrumentos invasivos, nem medicações que acelerassem o processo do parto. As parteiras acompanhavam as gestantes em todo seu período gestacional até o nascimento da criança e também dava os principais cuidados ao recém-nascido (BRENES,1991).

No século XX, essas metodologias do parto humanizado em casa com as parteiras mudaram para o parto em hospitais, com auxílio dos médicos e outros profissionais da saúde, equipamentos, medicamentos, com a finalidade de evitar o crescimento da mortalidade materno/fetal, entre outros (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

As parteiras recebem destaque especial para muitos processos de crenças, saberes e práticas populares, e em razão disso são consideradas como “mães de dom”. Ademais, atuam na educação em saúde popular como apoio para os serviços de saúde, gerando impactos positivos nos dispositivos de saúde, de modo que se fazem presentes até os dias atuais, em centros de partos humanizados, sendo denominadas doulas, presença que contribui para tornar a assistência humanizada (CUSTÓDIO *et al.*, 2019).

Não há registros, em outras épocas (século XIX), de violência obstétrica, pois as parteiras faziam o parto humanizado, visando à presença de acompanhantes com a gestante, ao bem-estar da mulher e do bebê e à paciência, pois atendiam durante todo o tempo em que precisasse estar presente naquela ocasião (VENDRÚSCOLO, 2016).

O termo “violência obstétrica” está definido como um ato que ocorre nos serviços público-privados durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, podendo ser física, com utilização de tecnologias inadequadas na atenção do parto, como: litotomia, manobra de Kristeller, toques vaginais violentos, entre outros atos violentos que poderiam ser associados ao longo do puerpério (BRASIL, 2017).

Pode-se destacar a violência obstétrica por gênero, que se refere às restrições relativas à saúde reprodutiva e sexual das mulheres. É composta também pela negação de promover um serviço de saúde durante o período gravídico-puerperal, dando as informações sobre o uso de métodos contraceptivos, licença maternidade e quaisquer outras informações que as mulheres procuram saber. A moral é identificada quando não há reconhecimento da mulher como sujeito do parto, em que o profissional fará o “papel” de se apropriar dessa situação, cabendo a ele a autoridade sobre o que será feito no parto, o que poderá acontecer ou não (MARTINS; BARROS, 2016).

A cesárea e o parto vaginal “forçado” ou sem nenhum respaldo científico, sem conhecimento da parturiente sobre o mesmo, também se pode dizer que seja um tipo de violência obstétrica. Conforme a portaria de n. 306/2016, o índice de cesáreas no Brasil se encontra em 56% (BRASIL, 2016). De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a taxa de cesárias no Sistema Único de Saúde é de 42% e no serviço particular é de 80%.

O parto cesariano, muitas vezes, é usado como primeira escolha, porém, por ser um procedimento invasivo, pode trazer riscos para a mãe e o bebê. Esse só é indicado para casos extremos, quando se torna impossível o nascimento do bebê pela via vaginal, tais como: apresentação pélvica e transversa, desproporção céfalo-pélvica, hemorragias, infecções sexualmente transmissíveis (quando não há o tratamento adequado da mãe), hipertensão gestacional, diabetes gestacional, deslocamento prematuro da placenta (DPP), placenta prévia (PP). Também é indicado nas situações de emergência, como a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a síndrome de HELLP e o sofrimento fetal (CAMPO; ALCÂNTARA; GOIS, 2015).

Diante dessas transformações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a presença de acompanhante durante todo o ciclo gestacional, sendo o mesmo da escolha da mulher, visando aos benefícios, como encorajar e lhe dar conforto (OMS, 2001). No ano de 2005, foi implementada a Lei n. 11.108, que garante a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

No Brasil, uma em cada quatro mulheres sofre de violência obstétrica, no atendimento ao parto, e essas mulheres não têm autonomia sobre o seu próprio corpo e não conhece seus direitos, de forma que a incidência de episiotomia é de 53,5%, embora a recomendação da OMS é que não ultrapasse 10%. Neste cenário, é percebido que 25% das mulheres já sofreram algum tipo de agressão durante as consultas pré-natais ou no parto (SANTOS; SOUZA, 2015).

A violência durante o período gestacional pode trazer consequências físicas graves para a saúde da mulher e do feto. A perpetuação de atos violentos consolida traumas irreparáveis no contexto biopsicossocial da mulher, sendo ainda mais negativo quando ocorre a violência como um todo no período gravídico-puerperal, afetando fatores que permeiam os indicadores de saúde e fatores sociais (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Destacamos a necessidade da interlocução entre a educação, a saúde e a sociedade para o enfrentamento da violência obstétrica, como também de outras violências nesse período. Entre esses cenários, o diálogo desenvolve papéis primordiais para a promoção da saúde, com fatores positivos para o empoderamento da usuária, o incentivo do bem-estar e a melhoria qualidade de vida (PICHARDO, 2017).

A Fundação Perseu Abramo (2014) destaca que a proporção da violência obstétrica acontece em 1 a cada 4 mulheres, impactos esses com crescente incidência, com repercussões negativas no contexto biopsicossocial dessa puérpera, como também impactos na sociedade como um todo. O desenvolvimento de novos estudos possibilita ampliação do conhecimento para a melhoria da atuação do profissional, como também subsidia as mulheres e toda a sociedade com informações necessárias para a autonomia e o enfrentamento desses atos.

Nisto, a relevância está pautada na contribuição para a elaboração de políticas públicas para capacitação de profissionais, gestores de instituições que oferecem serviço de maternidade. Desenvolver estratégias de melhorias na assistência à saúde da mulher e capacitar os profissionais no atendimento às puérperas possibilitam a promoção da saúde por meio da prevenção da violência a essa população.

Para tanto, questiona-se: “*Quais as violências percebidas pela mulher no ciclo gravídico-puerperal e as influências do contexto social?*” Com isso, o presente estudo teve como objetivo investigar as

violências percebidas pela mulher no ciclo gravídico puerperal e sua relação com o contexto social.

METODOLOGIA

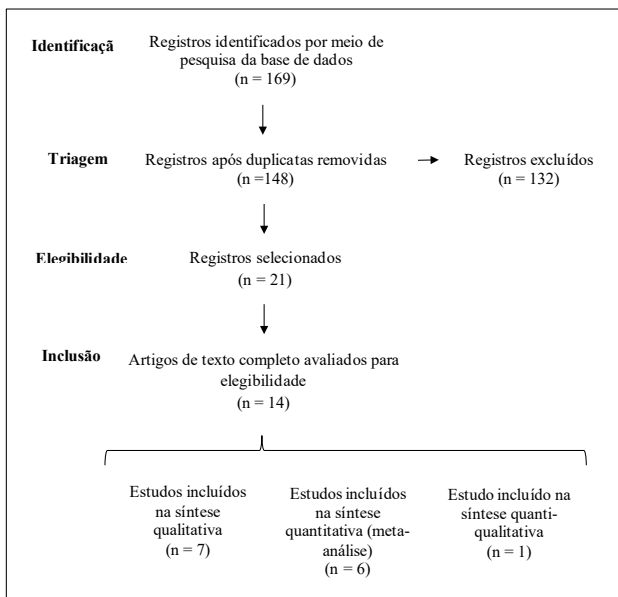
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que, segundo Mendes *et al.* (2008), é um método de pesquisa que permite diversos estudos publicados a serem analisados e sintetizados. O mesmo possibilita também conclusões gerais sobre o tema que será abordado em qualquer área de estudo.

Para a revisão integrativa, neste estudo, foram consideradas as seguintes etapas: (1) Reconhecimento do tema e seleção da hipótese de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) Determinação dos critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; (3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) Verificação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) Análise dos resultados; e (6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008).

O presente estudo foi realizado por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e do Portal de Periódicos (CAPES/MEC), intermediado pelos Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “violência”, “gestantes”, “período pós-parto”, os quais foram cruzados deliberadamente pelo operador lógico booleano “and”.

Para os critérios de inclusão, consideraram-se os artigos originais publicados na íntegra, no período entre 2014 e 2019, com acesso livre junto às bases de dados, nos idiomas português, inglês e espanhol, abordando a temática violência na gravidez e obstétrica colocadas por puérperas. Não se incluíram as publicações em formato de dissertação, teses e livros, artigos superiores há cinco anos de publicação.

O estudo esteve centrado em três etapas: (1) aplicação dos descritores de forma cruzada; (2) leitura exaustiva de resumos dos estudos pré-selecionados; e (3) análise de dados, na qual os resultados foram demonstrados no primeiro momento em fluxograma, fazendo jus aos critérios de inclusão e exclusão de acordo com a figura 1. A seguir a tabela 1:



Para melhor síntese do conhecimento, os estudos elegíveis foram apresentados em variáveis, sendo expostos em um quadro contendo: Autor(es), Ano, País, População, Abordagem do Estudo e Principais Resultados, como descrito no quadro 1.

RESULTADOS

A busca inicial na Biblioteca Virtual em Saúde compreendeu 17 publicações inicialmente. Ao introduzir os critérios de inclusão por meio dos recursos de filtragem junto à BVS, houve a exclusão de 11 artigos, os quais não atendiam ao delineamento do estudo. Os estudos oriundos da referida biblioteca compreenderam 6 publicações.

Na base de dados CAPES, ao realizar o cruzamento dos descritores, elucidou-se a presença de 152 artigos. Ao inserir os critérios de inclusão e de exclusão, todos estavam elegíveis para a leitura do título e do resumo, método este que ocasionou uma limitação de 8 artigos para a leitura na íntegra e a inclusão no estudo. A presente revisão integrativa teve 14 publicações elegíveis, ressaltando 6 publicações na BVS e 8 publicações na CAPES.

Os resultados foram expressos em quadro, com posterior apresentação em categorias temáticas, no intuito de condensar as informações relevantes dos artigos que fizeram parte dessa revisão. As temáticas foram exploradas com base nos artigos selecionados e nos seus resultados discutidos.

O referido estudo respeita os autores das publicações analisadas, baseando-se, especialmente, nas propriedades intelectuais de cunho literário, científico ou artístico, podendo ser analisadas por pesquisadores ou afins, visto que, uma vez encontradas em banco de dados on-line, podem ser apreciadas, portanto não configura afronta aos direitos autorais (BOCCHINO, 2010).

Quadro 1. Elaborado pela autora.

| Autor - Ano | Objetivo | Métodos | Principais Resultados |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Vasconcelos <i>et al.</i> , 2014. | Analisar a relação entre função apoio institucional e humanização, valendo-nos da experiência realizada no Plano de Qualificação de Maternidades (PQM). | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Mulheres e crianças brasileiras; - Brasil. | Implementação da Política Nacional de Humanização nas Maternidades, com descrições dos múltiplos processos para assegurar a humanização na rede materno-infantil. |
| Nakano <i>et al.</i> , 2017. | Compreender aspectos da formação de um estilo de pensamento que convergem para a ideia da cirurgia como uma forma de parto simples e de poucos riscos. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Obstetras da rede pública/privada; - Brasil. | A cirurgia de fazer nascer é representada pelos profissionais como parto, como qualquer outro, e seu sentido humanizado é reivindicado. A apropriação dos sentidos da “humanização” no universo da cesariana colabora para minimizar a dimensão cirúrgica deste procedimento. |
| Carneiro <i>et al.</i> , 2016. | Analisar a associação entre violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado da atenção pré-natal. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo Quantitativo; - Mulheres vítima de violência no período gravídico-puerperal; - Brasil. | A predominância do uso inadequado do pré-natal totalizou em 44,1%, e da violência física pelo parceiro íntimo, foi de 25,6%. A violência física pelo parceiro íntimo apresentou-se associada à realização de pré-natal inadequado e outras variáveis: paridade, uso de álcool na gravidez e nível de escolaridade. |
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2014. | Identificar a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) entre gestantes e classificá-la quanto ao tipo e frequência. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo quantitativo; - Gestantes do pré-natal em uma maternidade pública; - Brasil. | Entre as participantes, 15,5% sofreram violência pelo parceiro íntimo (VPI) durante a gestação, sendo que 14,7% sofreram violência psicológica, 5,2%, violência física e 0,4%, violência sexual. As que não desejaram a gravidez tem maior risco de sofrer VPI. |
| Teixeira <i>et al.</i> , 2015. | Analisar os elementos que compõem o ambiente das gestantes que vivenciaram a violência perpetrada por parceiro íntimo à luz da Teoria de Levine. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo Qualitativo; - Gestantes; - Brasil. | A análise temática evidenciou os elementos que formaram o ambiente externo, como a violência perpetrada por parceiros íntimos antes e durante a gravidez, violência na infância e adolescência, consumo de álcool e drogas utilização pelo parceiro, desemprego, baixa escolaridade e dependência econômica, afetou a saúde e colocou riscos à gravidez. |

| | | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| Silva e Serra, 2017 | Analisar e discutir o fenômeno da violência obstétrica no Brasil a partir da análise dos acórdãos do Supremo Tribunal Federal (STF) e do Superior Tribunal de Justiça (STJ), propondo-se ainda, fazer uma reflexão sobre a forma de atuação do judiciário diante dos casos. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo Quanti-qualitativo; - 35 acórdãos, sendo 3 na esfera do STF e 32 na esfera no STJ; - Brasil. | As pactuações evidenciaram a violência obstétrica, considerando-se os danos perpetrados tanto pelos agentes de saúde no desempenho de atividade médico-hospitalar, quanto pelo estabelecimento de saúde, contra parturientes e neonatos. |
| Pedroso e López., 2017 | Reflete sobre as experiências de mulheres em relação à assistência ao parto numa maternidade pública de Porto Alegre-RS. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Puérperas; - Brasil. | Constatou-se uma fragmentação das práticas "humanizadoras", atreladas a protocolos de procedimentos no manejo do parto e, muitas vezes, a intolerância perante eles. Sentimentos e sensações das mulheres em relação ao parto pareciam não ser contemplados e ficavam à margem do cuidado. |
| Nascimento <i>et al.</i> , 2018 | Descrever as mortes por acidentes, suicídios e homicídios entre gestantes e puérperas. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo quantitativo; - Óbitos de gestantes e puérperas; - Brasil. | Foi evidenciado que os homicídios foram o principal tipo de violência em gestantes (34,9%) e puérperas (23,1%). Os óbitos ocorreram na faixa etária de 20 a 49 anos (n = 122; 72,2%), em mulheres de raça/cor não branca (n = 141; 83,4%) e sem companheiro (n = 129; 76,3%). |
| Willie <i>et al.</i> , 2016. | Examinar o impacto do estresse social urbano na gravidez e na qualidade de vida pós-parto de mães adolescentes e jovens. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo quantitativo; - Gestantes jovens; - Estados Unidos. | Sucedeu-se que o maior estresse social urbano e a menor qualidade de vida física e mental durante a gravidez, porém essas associações foram significativamente mais fortes para as mães expostas e não expostas à violência. |
| Burnett <i>et al.</i> , 2016 | Examina sua experiência vivida de violência por parceiro íntimo durante a gravidez e os 2 primeiros anos pós-parto. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Mulheres da zona rural; - Estados Unidos. | Explicar as dúvidas dessas mulheres têm nas instituições projetadas para ajudá-las em caso de sofrer a VPI. |

| | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| Carneiro, 2015. | Mapear e discutir acepções de dor/sofrimento operantes nas narrativas das adeptas do parto humanizado, de modo a pluralizar leituras, descrever conflitos e sugerir ambivalências da questão e de seus contornos. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Gestantes e puérperas. | As concepções de dor e de sofrimento na atualidade, sua relação com a violência e com a produção da narrativa, consideram as hierarquias de gênero, políticas do corpo feminino, biopolítica e biomedicina como fatores de conflitos e ambivalências para a violência. |
| Torchalla <i>et al.</i> , 2014. | Explorar temas e perspectivas subjetivas de trauma e violência baseada em gênero. em mulheres que viviam em um bairro pobre e lutavam com o uso de substâncias durante a gravidez e a maternidade precoce. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo quantitativo; - 27 trabalhadoras dos serviços de gestantes e puérperas. - Canadá. | Destaca-se a onipresença de formas múltiplas e contínuas de adversidades e traumas desde a infância até a idade adulta, em uma variedade de contextos, através de uma variedade de ofensores e em múltiplos níveis. |
| Silva <i>et al.</i> , 2015. | Estimar a incidência e identificar Fatores de risco para violência por parceiro íntimo no pós-parto. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo quantitativo; - Mulheres; - Brasil. | A violência no pós-parto foi 9,3 %. Violência psicológica em frequente 4,3 %. O risco de violência por parceiro íntimo no pós-parto foi maior para mulheres: com baixa escolaridade 2,6 %, sem renda própria 1,7%, 2,0%, tinham um parceiro muito controlador 2,5% e brigavam frequentemente com seus parceiros 1,7%. |
| Guimarães; Jonas e Amaral., 2018 | Identificar as percepções das mulheres sobre violência obstétrica no processo de parto. | <ul style="list-style-type: none"> - Estudo qualitativo; - Mulheres; - Brasil. | A percepção sobre violência obstétrica relaciona-se à falta de qualidade e acolhimento na assistência, a ocorrência de expressões, negligência, violência física, verbal, psicológica. |

DISCUSSÃO

Autores demonstram que a violência ocorrida no período gestacional começa antes do momento do parto. Inicia desde o pré-natal, que muitas vezes é realizado tardiamente, até o momento da parturição. Essas mulheres possuem seus direitos negligenciados pelos serviços de saúde, visto que não funcionam corretamente.

A perpetuação da violência no período gravídico-puerperal ocorre por muitos fatores. A escolaridade, os fatores emocionais no relacionamento e as questões financeiras são potencializadores da VPI. A violência obstétrica ocorre muitas vezes pela empatia de serviços de saúde em atenção à gestante e à puérpera, ressaltando uma violência que está de encontro com atos psicológicos e físicos. A violência institucional que os estudos abordam compreende fatores físicos mediante a estruturação dos serviços de saúde e questões emocionais, como a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde das instituições (CARNEIRO *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2015; Rodrigues *et al.*, 2014).

A violência na gravidez propicia às gestantes o início tardio do pré-natal, pois essas mulheres têm maior dificuldade em comparecer às consultas. A assistência dada a elas tem grande importância, já que possibilita a prevenção da mortalidade materna. Esse atendimento realizado pode melhorar o prognóstico de complicações ocorridas na gravidez, evitando desfechos diversos, como óbitos perinatais e neonatais, sífilis congênita e baixo peso ao nascer (CARNEIRO *et al.*, 2016).

A violência sofrida na gestação representa um grave problema de saúde pública em virtude do risco de morbimortalidade materna e neonatal. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de violência por parceiro íntimo na gravidez varia mundialmente de 1% a 28%. No Brasil, relatos de mulheres que sofreram alguma forma de violência na gestação são de 8% em São Paulo e 11% na zona rural de Pernambuco (CARNEIRO *et al.*, 2016).

Assim, as mortalidades acometidas por fatores extrínsecos durante o período gravídico-puerperal estão excluídas da construção do indicador de mortalidade materna. Ou seja, as classificações dos óbitos ocorrem pelas notificações de lesões externas, que não se referem à gravidez ou ao puerpério. Estas incluem lesões causadas por acidentes de carro, afogamento, envenenamento ou quedas, além de violência, como agressões, homicídios, suicídio e abuso sexual (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A maioria das produções científicas encontradas apontou para o grande número de gestantes que sofrem violência pelo parceiro íntimo (VPI). Alguns estudos retratam a percepção dessas mulheres quanto a esse tipo de violência.

Mulheres jovens, sem companheiro, que usem álcool e outras drogas, com baixa escolaridade e com condições socioeconômicas precárias são consideradas propícias a sofrer VPI durante a gravidez. A experiência pessoal da mulher ou do parceiro, de violência causada por algum familiar anteriormente, indica um grave problema – a transmissão transgeracional da violência (SILVA *et al.*, 2015).

O estudo de Rodrigues *et al.* (2014) contribui, com base em seus resultados, com a sensibilização de profissionais atuantes no cuidado à mulher grávida, referente à identificação da VPI durante o período gravídico, para que seja ofertado um atendimento mais amplo, compreendendo holisticamente a situação dessa gestante, que é muitas vezes despercebida. Algumas práticas, como rastreamento, aconselhamento, acolhimento e referência à rede de apoio para a gestante em situação de violência, devem ser incluídas no cotidiano dos profissionais dos serviços de saúde.

Estudos qualitativos referentes às percepções das gestantes demonstram relatos de sofrimento e dor, podendo ser física, moral e biopsicossocial, pois a vivência do parto encontra nessas mulheres maior vulnerabilidade para sentimentos figurados do que para os reais (CARNEIRO, 2015).

O conhecimento das mulheres acerca da violência institucional no parto corresponde à ausência de qualidade na assistência, evidenciando a falta de comunicação e de vínculo entre a equipe multidisciplinar e os pacientes ou familiares e a necessidade de um acolhimento ou de uma solução simples e rápida para os problemas (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

De acordo com o estudo de Silva e Serra (2017), verificou-se que a violência obstétrica equivale a uma forma da violência de gênero específica, pois engloba condutas e/ou omissões praticadas pelos profissionais de saúde no atendimento das mulheres, tendo também significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão das mesmas em um momento emocional vulnerável. Desse modo, o autor ressalta a importância dos agentes de sistema de saúde em buscar analisar os processos relacionados às mulheres, conforme foi proposto pelos tratados internacionais de direitos humanos das mulheres, pois a experiência do parto necessita de tratamento digno, humanizado e que respeite a autonomia das gestantes.

Um fator que arrisca a qualidade do atendimento à saúde da mulher é a morte materna, que ainda é uma realidade social dos países. Além disso, existe o vínculo com os determinantes socioculturais, biológicos e principalmente com a desigualdade de gênero. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a morte materna se define como a morte da mulher durante a gravidez ou 42 horas pós-parto (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

Ultimamente, no Brasil, existem propostas de humanização com o intuito de garantir uma assistência baseada em evidências científicas, ou seja, com maior ênfase nos aspectos socioculturais e emocionais do parto e na participação ativa da mulher. A sociedade civil também vem mostrando preocupação com a necessidade da humanização no parto, pois tem participado ativamente na busca dos direitos da mulher e do recém-nascido (PEDROSO e LOPÉZ, 2017).

A morte materna pode ser classificada quanto a suas causas, como diretas ou indiretas. As mortes diretas estão associadas às

complicações na gravidez, parto e pós-parto. Envolvem as intervenções, omissões de atendimento ou tratamento incorreto. Referentes às mortes indiretas estão as doenças já existentes ou as que foram desenvolvidas durante a gravidez (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo efetivar o direito à saúde de todos, assegurado constitucionalmente. Delineando-se em movimentos de resistência no campo da saúde, como as Reformas Psiquiátrica e Sanitária, tal política surge de um desejo de enfrentar e superar obstáculos existentes no processo de modificação e qualificação da atenção e da gestão no SUS (VASCONCELOS *et al.*, 2014).

A PNH acredita que, para transformar a relação entre sociedade e SUS, é preciso interferir no cotidiano dos serviços de saúde, modificando as “práticas desumanizadoras”, as quais demonstram a desorganização da atenção e da gestão do SUS (VASCONCELOS *et al.*, 2014).

As análises reflexivas dos estudos compreendem múltiplos fatores para a ocorrência da violência contra a mulher no período gravídico-puerperal, e os determinantes para a saúde configuram impactos para os números de atos violentos. Os serviços de saúde e as inequidades entre usuário e profissionais de saúde implicam diretamente no contexto da violência. Destacamos que os desafios para a saúde e a sociedade são compreendidos entre todas as esferas de gestão, reafirmando-se a necessidade da interlocução dos usuários na discussão para o enfrentamento, pois a partir da participação social os indicadores de atos podem diminuir os números da violência contra a mulher em um ciclo importante de sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é definida como um tipo de opressão grave cometida durante a gravidez, parto e pós-parto na percepção das

puérperas. Ainda é um assunto pouco abordado, pois a falta de conhecimento e o despreparo da rede de saúde podem prejudicar psicologicamente e/ou fisicamente a vida dessas mulheres, atos que passam desde a concepção até posteriormente ao parto.

A importância de tirar as dúvidas das gestantes durante o pré-natal e nos grupos de acolhimento, abordando seus direitos na hora do parto, mostra que durante todo o período gravídico-puerperal elas precisam se impor de forma adequada no que lhe desagrada. Ser mãe, para as mulheres, é um dom indescritível e por isso o cuidado deve ser integral.

Por isso, toda a equipe multiprofissional de saúde, os gestores e as instituições devem ter o compromisso de qualificar e humanizar a assistência para essas mulheres, no intuito de ampliar o debate sobre a violência no período gravídico-puerperal, além da busca do empoderamento das mulheres e suas famílias, com a finalidade de diminuir esse tipo de agressão e impactar diretamente na diminuição dos desafios para a saúde, como também para a sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALZUGUIR, F. V.; NUCCI, M. F. Maternidade mamífera? Concepções sobre natureza e ciência em uma rede social de mães. **Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 20, n. 1, p. 217-238, 2015.
- BARBOSA, L. C.; FABBRO, M. R. C.; MACHADO, G.P.R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Artículo de Revisión de Enfermagem**, São Paulo, v. 2, n. 35, p.190-207, 2017.
- BARBOZA, L. P.; MOTA, A. Violência Obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p.119-129, 2016.
- BOCCHINO, L. O. *et al.* **Propriedade Intelectual**: conceitos e procedimentos. Brasília: Advocacia-Geral da União, p.321, 2010.
- BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p.135-149, 1991.
- BURNETT, C. *et al.* Negotiating peril: the lived experience of rural, low-income women exposed to ipv during pregnancy and postpartum. **SAGE Journals**, California, v. 22, n. 8, p. 943-965, 2016.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermaria Global**, Rio Grande do Norte, v. 47, n. 3, p.80-88, 2017.

CARNEIRO, J. F.; VALONGUEIRO, S.; LUDERMIR, A. B.; ARAÚJO, T. V. B. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 243-255, 2016.

CARNEIRO, R. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, v. E, n. 20, p. 91-112, 2015.

CUSTÓDIO, E. S. *et al.* As práticas culturais/religiosas afro-indígenas na amazônia. **Revista Caminhos-Revista de Ciências da Religião**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 80-95, 2019.

FABIANA-LARANJEIRA, S. *et al.* O Protagonismo do Enfermeiro na Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento e com vistas a Erradicação de Abuso e Violência Obstétrica. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, Pernambuco, v.12, n. 41, p.1068-1082, 2018.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2018.

LEAL, S. Y. P. *et al.* Percepção de Enfermeiras Obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Bahia, v. 23, n. 2, p.1-7, 2017.

MARQUES, G. M.; MARIN, D. D.; NASCIMENTO, D.; ZAPELINI, I. S. E. R.; MOEHLECKE, B. Estratégias de melhoria na atenção ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 1, 2018.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units: Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.215-218, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 415-432, 2017.

NASCIMENTO, S. G. *et al.* Causas externas de mortalidade em mulheres grávidas e puérperas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 181-6, 2018.

OLIVEIRA, M.C.; MERCES, M.C. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2483-2489, 2017.

OLIVEIRA, T. R. *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica/ Women's perception on obstetric violence. **Revista de Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 11, n. 1, p. 40-46, 2017.

PEDROSO, C. N. L. S.; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017.

PÉREZ, B. A. G.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 4, n. 1, p. 66-77, 2015.

RODRIGUES, D. P. *et al.* Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 8, p. 206-2013, 2014.

SILVA-E-SILVA, A.; SERRA, M. C. M. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Revista Quaestio Iuris**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 2430-2457, 2017.

SILVA, E. P. *et al.* Incidence and risk factors for intimate partner violence during the postpartum period. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 46 v. 49, p. 1-9, 2015. SILVA,

TEIXEIRA, S. V. B. *et al.* Violência perpetrada por parceiro íntimo à gestante: o ambiente à luz da teoria de Levine. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 882-889, 2015.

TORCHALLA, I. *et al.* Like a lots happened with my whole childhood: violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside. **HARM REDUCTION JOURNAL**, Columbia, v. 12, n. 1, p. 1-10, 2014.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 997-1011, 2014.

VENDROSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital: das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p.95-107, 2015.

WILLIE, T. C.; POWELL, A.; KERSHAW, T. Stress in the city: influence of urban social stress and violence on pregnancy and postpartum quality of life among adolescent and young mothers. **Journal of Urban Health**, Tóquio, v. 93, p. 19-35, 2016.

CADERNETA DA GESTANTE-TECNOLOGIA EDUCATIVA E DE REGISTRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Katiana da Silva Moreira

Sarah Silva dos Santos

Nayara de Castro Costa Jereissati

Danielle Teixeira Queiroz

INTRODUÇÃO

A Caderneta da Gestante (CG), anteriormente denominado Cartão da Gestante (CG), foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998, e em 2014 foi publicada a versão atual, com os objetivos de facilitar o desenvolvimento e o registro das consultas de pré-natal (PN) e de otimizar o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para a mulher grávida. Isso porque os procedimentos e as condutas clínicas do PN precisam ser realizados categoricamente, avaliados em todo atendimento e, com os achados diagnósticos, registrados obrigatoriamente para prover um fluxo de informações entre os profissionais e os serviços de saúde (BRASIL, 2014).

A CG é direcionada tanto aos profissionais da saúde quanto às usuárias do SUS, e rede privada, contendo as diretrizes de boas condutas na atenção ao PN, parto e nascimento. Há incluso um Cartão de Acompanhamento do PN para registro das consultas clínicas e odontológicas, dos resultados de exames e das vacinas,

além de ser um instrumento de auxílio no diálogo com a gestante, por meio de figuras e textos explicativos, e nas ações educativas em saúde (BRASIL, 2014).

Uma atenção PN e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa de forma holística e considere o contexto socioeconômico, cultural e físico em que está inserida; estabelecer novas diretrizes para a dinâmica entre os indivíduos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, sem desvalorizar os aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006).

A rotina de PN na rede básica representa o cuidado dos profissionais de saúde no sentido de assistir e definir procedimentos que possam dar uma assistência de qualidade em consonância com as diretrizes do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) (VALENTE *et al.*, 2013).

A assistência pré-natal (APN) adequada consiste em prevenir, em diagnosticar e em tratar eventos indesejáveis na gestação, no parto e no puerpério. Essa atenção é fundamental à redução da morbimortalidade materna e infantil (MMMI), portanto a qualidade desses cuidados está diretamente relacionada à saúde integral de mães e de conceptos (ZANCHI *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, o registro das informações colhidas juntamente à gestante durante o PN, os exames solicitados e seus resultados, bem como as práticas clínicas e educacionais realizadas, configuram-se importantes ações para a qualificação dos serviços prestados, bem como asseguram a intercomunicação entre os profissionais de saúde durante toda a tríade: gestação, parto e puerpério (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

No entanto, tem-se observado, no acompanhamento às gestantes, a subutilização da CG pela Equipe Saúde da Família (EqSF) e pela própria usuária. A CG é somente utilizada para o registro dos dados antropométricos, pressão arterial (PA) e dados obstétricos. Ressalta-se que foram observados registros incompletos ou ausência dos mesmos. Também, é percebido nas usuárias o *déficit ou* ausência de conhecimento sobre a importância do CG para o seu acompanhamento de PN.

Mediante a importância da CG na APN, como tecnologia de registro, e, sobretudo, de educação em saúde, questiona-se: O que as gestantes conhecem sobre a CG? Como a CG é utilizada pela gestante e pela EqSF?. Com base nestes questionamentos, optou-se por este estudo com o objetivo de analisar o conhecimento e a utilização da “Caderneta da Gestante” pelas gestantes em acompanhamento pré-natal.

Tecnologia em saúde (TS) tem como conceito abranger qualquer intervenção que pode ser utilizada para promover a saúde. Isso não inclui somente as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes (tecnologias biomédicas) e procedimentos médicos (tecnologias médicas), mas também os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são ofertados. A acessão da produção e a incorporação de novas tecnologias estão ligadas à melhora da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das doenças, o que, conseqüentemente, repercute no aumento da qualidade de vida e na queda da mortalidade em geral (TEXEIRA; PEREIRA, 2014).

Merhy (2002) classifica TS baseando-se na complexidade em tecnologia leve, levedura e dura, permitindo expor a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo, pelo morto, e mutuamente, no interior dos diferentes modelos tecnoassistenciais em saúde. A *tecnologia leve*, que trata de acolhimento, gestão como forma de governar os trabalhos, a *levedura* na clínica médica, epidemiologia, e a *dura*, os equipamentos tecnológicos, como máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Nietsche (2000) classifica as TS com enfoque na finalidade, em: comunicação; relações interpessoais, intergrupais e intragrupais; promoção, manutenção e controle terapêutico da postura e movimentos corporais; manutenção do processo de vida; promoção do desenvolvimento humano; avaliação contextual do processo saúde-enfermidade; e promoção e manutenção das relações terapêuticas.

METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo com abordagem quantitativa, que, de acordo com Pereira (2012), tem como objetivo observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos sem manipulá-los, além de descrever com precisão a frequência com que o fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros. Para Creswell (2010), o enfoque quantitativo permite uma coleta sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controle, analisando essas informações com base em estatística.

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde VI (CORES VI), em Fortaleza-Ceará-Brasil. No estado do Ceará, a atenção à saúde é organizada em Macrorregiões e Microrregiões de Saúde, de modo a atender os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

A CORES VI integra 29 bairros, que corresponde, em média, a 40,0% do território da cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, e possui 22 (vinte e duas) UAPS, que assistiam uma população de 540 mil habitantes. Cada UAPS tem de 6 (seis) a 8 (oito) Equipes Saúde da Família (EqSF). Cada EqSF é composta por um enfermeiro, um

médico, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e de no mínimo seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dependendo do tamanho da população assistida.

Participaram do estudo 50 (cinquenta) gestantes acompanhadas no Programa de Assistência Pré-Natal (APN) na UAPS citada, independentemente da idade, período gestacional, escolaridade, estado civil e procedência, que compareceram à consulta entre os meses de julho e setembro de 2017.

A coleta de dados realizou-se durante os meses de julho a setembro de 2017, por meio de entrevista estruturada, cujo instrumento conteve os dados: sociodemográficos, obstétricos e sanitários; e conhecimento e modos de utilização da Caderneta da Gestante (CG). A entrevista foi realizada na UAPS, por ocasião do comparecimento das gestantes à consulta de pré-natal (PN), que rotineiramente acontecia no período da manhã de segunda a sexta-feira.

Os dados foram organizados em quadros e analisados pela estatística descritiva, fundamentando-se na literatura selecionada.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/CNS/MS (BRASIL, 2012). Orientou-se as gestantes sobre o objetivo, a natureza e o anonimato da pesquisa. A coleta de dados aconteceu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a emissão do Parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – COÉTICA/UNIFOR.

RESULTADOS

Para o processamento da análise, organizaram-se os dados em caracterização sociodemográfica, sanitária e obstétrica das mulheres; descrição do conhecimento sobre a Caderneta da Gestante; e identificação da utilização da Caderneta da Gestante.

Caracterização sociodemográfica, sanitária e obstétrica das mulheres

De acordo com o Quadro 1, predominaram as mulheres na faixa etária de 17 a 35 anos (88,0%), católicas (42,0%), naturais de Fortaleza-Ceará-Brasil (94,0%), união estável (44,0%), com ensino fundamental completo (38,0%) e ensino médio completo (38,0%), e que co-habitavam com cônjuge ou companheiro e filho(s) (38,0%).

Quanto aos fatores de risco para a elevação da pressão arterial (PA), destacaram-se: predomínio de carboidratos nas refeições (58,0%); sobrepeso (38,0%); obesidade (24,0%); consumo excessivo de sal (22,0%); e sedentarismo (20,0%).

O esquema vacinal estava atualizado em 47 (94,0%) gestantes. Quanto aos vícios, 3 (6,0%) eram tabagistas e 0 (2,0%) fazia uso de bebida alcoólica.

Em relação à caracterização obstétrica, a maioria (76,0%) iniciou o pré-natal (PN) no primeiro trimestre gestacional, estava no terceiro trimestre da gravidez, era primípara (50,0%), e não teve abortamento (82,0%).

Quadro 1 – Distribuição das mulheres segundo as características sociodemográficas, sanitárias e obstétricas. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017. n = 50.

| Caracterização das mulheres | f | % |
|--|----|------|
| <i>Sociodemográfica</i> | | 06 |
| Idade (anos) Abaixo de 17 | 44 | 88,0 |
| 17 - 35 | 06 | 12,0 |
| Religião Católica | 21 | 42,0 |
| Protestante | 13 | 26,0 |
| Não informou | 06 | 12,0 |
| Naturalidade Fortaleza-Ceará-Brasil | 47 | 94,0 |
| Outros municípios do Ceará-Brasil | 03 | 6,0 |
| Estado Civil Casada | 12 | 24,0 |
| Solteira | 16 | 32,0 |
| União estável | 22 | 44,0 |
| Escolaridade: Ens. Fund.completo | 19 | 38,0 |
| Ens. Fund.incompleto | 08 | 16,0 |
| Ensino médio completo | 19 | 38,0 |
| Ensino médio incompleto | 19 | 38,0 |
| Com quem mora Só | 04 | 8,0 |
| Cônjuge e filhos | 13 | 26,0 |
| Pais, avós, padrasto e irmãos | 19 | 38,0 |
| <i>Sanitária</i> | | 18 |
| Fatores de risco de elevação da Pressão Arterial | | |
| Sobrepeso | | |
| Obesidade | 19 | 38,0 |
| Consumo excessivo de sal | 11 | 22,0 |
| Conflitos emocionais | 15 | 30,0 |
| Sedentarismo | 03 | 6,0 |
| Predomínio de carboidratos | 10 | 20,0 |
| História familiar de SH | 29 | 58,0 |
| Outros problemas de saúde | 03 | 6,0 |
| Imunização: Atualizada | 04 | 8,0 |
| Desatualizada | 47 | 94,0 |
| Vícios Vícios: Tabagismo | 03 | 6,0 |
| Alcoolismo | 03 | 6,0 |
| <i>Obstétrica</i> | | 01 |
| Início do PN (trimestre): 1º | | |
| 2º | 38 | 76,0 |
| 3º | 08 | 16,0 |
| Período gestacional (trimestre): 1º | 04 | 8,0 |
| 2º | 04 | 8,0 |
| 3º | 18 | 36,0 |
| Nº de partos: Nenhum | 28 | 56,0 |
| 1 | 25 | 50,0 |
| 2 - 3 | 13 | 26,0 |
| 4 ou mais | 11 | 22,0 |
| Nº de abortos: Nenhum | 01 | 2,0 |
| 1 | 41 | 82,0 |
| 2 - 3 | 07 | 14,0 |
| IMC (antes da gravidez): Normal | 02 | 4,0 |
| Sobrepeso | 19 | 38,0 |
| Obesidade | 12 | 24,0 |
| Não informou | 04 | 8,0 |
| IMC (após a gravidez) Normal | 15 | 30,0 |
| Sobrepeso | 09 | 18,0 |
| Obesidade | 16 | 32,0 |
| Não informou | 14 | 28,0 |
| | 11 | 22,0 |

Em torno de 19 (38,0%) gestantes informaram Índice de Massa Corporal (IMC) normal (18,5 a 24,99kg/m²) anterior à gravidez, e 16 (32,0%) afirmaram obesidade (30 a 34,99 kg/m²) após a gravidez.

Descrição do conhecimento das mulheres sobre a Caderneta da Gestante

No Quadro 2, evidencia-se que 27 (54,0%) mulheres declararam noções sobre a Caderneta da Gestante (CG): acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (48,0%); acompanhamento da gestação (36,0%); instrumento para esclarecimento de dúvidas sobre a gravidez (34,0%), orientações sobre os cuidados com a alimentação e registro de dados da gestante e da criança (20,0%), e orientações sobre os cuidados no parto (18,0%). Contudo, dentre as demais, 8 (16,0%) gestantes informaram que não tiveram interesse em ler a CG, e 5 (10,0%) não receberam na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Quadro 2 – Distribuição das mulheres segundo conhecimento sobre a Caderneta da Gestante. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017. N = 50.

| Conhecimento sobre a Caderneta da Gestante | f | % |
|---|----|------|
| Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança | 24 | 48,0 |
| Acompanhamento da gestação | | |
| Instrumento para esclarecimento de dúvidas sobre a gravidez | 19 | 36,0 |
| Orientações sobre os cuidados com a alimentação | 17 | 34,0 |
| Registro de dados da gestante e da criança | 10 | 20,0 |
| Orientações sobre os cuidados no parto | 10 | 20,0 |
| | 09 | 18,0 |

Identificação dos modos de utilização da Caderneta da Gestante

Conforme o Quadro 3, a CG era utilizada pela Equipe de Saúde da Família (EqSF) para o registro das consultas aprezadas

e realizadas (72,0%); dos resultados de exames e vacinas (16,0%); de peso, altura do útero e PA (14,0%); e registro de informações sobre a criança (10,0%). E pelas gestantes, para esclarecimento de dúvidas sobre: amamentação (12,0%); gravidez (18,0%); parto (10,0%); e cuidados com a criança (8,0%).

Quadro 3 – Distribuição das mulheres segundo os modos de utilização da Caderneta da Gestante. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2017. N = 50.

| Modos de utilização da Caderneta da Gestante | f | % |
|---|----|------|
| Registro das consultas apazadas e realizadas | 36 | 72,0 |
| Esclarecimento de dúvidas sobre: | | |
| Amamentação | 06 | 12,0 |
| Gravidez | 09 | 18,0 |
| Parto | 05 | 10,0 |
| Cuidados com a criança | 04 | 8,0 |
| Registro de resultado de exames e vacinas | 08 | 16,0 |
| Registro de peso, altura do útero, pressão arterial | 07 | 14,0 |
| Registro de informações sobre a criança | 05 | 10,0 |

DISCUSSÃO

O Brasil possui uma população de mais de 200 milhões de pessoas, das quais mais de 60 milhões tem menos de 18 anos, o que equivale a quase um terço de toda a população de crianças e adolescentes de América Latina e do Caribe. Segundo dados estatísticos, 26,8% da população sexualmente ativa (15-64 anos) iniciou sua vida sexual antes dos 15 anos no Brasil (BRASIL, 2014).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de natalidade de adolescentes do Brasil pode ser considerada alta dada as características do contexto de desenvolvimento brasileiro, prevalecendo este tipo de gravidez na adolescência de pobres, negras e indígenas, e com menor escolaridade (BRASIL, 2014).

De acordo com a UNFPA (2013), a educação escolar prepara as adolescentes para o mercado de trabalho e para o seu sustento, aumenta a autoestima e o *status* das mesmas em suas famílias e comunidades e lhes dá subsídios para tomar decisões que afetam suas vidas. Sendo assim, abandonar a escola por causa da gravidez poderá comprometer perspectivas econômicas e excluí-las de outras oportunidades na vida.

Verona e Dias Júnior (2012), ao compararem 1996 e 2006, também verificaram forte associação entre fecundidade pré-marital na adolescência e envolvimento religioso nos dois anos estudados.

Evidenciaram-se 44,0% das mulheres em união estável com seus companheiros. Este tipo de relacionamento é reconhecido juridicamente, em caso de separação, ou morte do companheiro, de modo que o cônjuge é amparado por lei. De acordo com o Código Civil (2002), quando um casal desenvolve uma relação afetiva contínua e duradoura, conhecida publicamente, e estabelece a vontade de constituir uma família, essa relação pode ser reconhecida como união estável. Esse instituto também é legitimado pela Constituição Federal de 1988, em seu Art. 226, parágrafo 3º (BRASIL, 1988).

A hipertensão gestacional se diferencia da hipertensão crônica por ter começo e fim. A pressão arterial (PA) da mulher eleva de 140/90 mmHg entre o período da 20ª semana de gestação e oito semanas após o parto. Sempre que possível recomenda-se uma vigilância maior sobre as mulheres que apresentam fatores predisponentes à Síndrome Hipertensiva Gestação (SHG), sendo feito o pré-natal (PN) semanalmente ou, dependendo do grau, que a gestante seja internada para acompanhamento e cuidados diários (BRASIL, 2013).

Os sinais e sintomas da Síndrome de HELLP (*Hemólise Elevated Liver Functions Tests Low Platelets Count*) podem ser facilmente confundidos com pré-eclâmpsia grave, que são dor na parte

alta ou central do abdome, cefaleia, náuseas, vômitos e mal-estar generalizado. Orientações e acompanhamento por profissionais da saúde possibilitam que a gestante tome medidas preventivas, como mudança no estilo de vida, não fumar, evitar excesso de peso, redução de ingestão de sódio, diminuição da carga de trabalho, alívio do estresse e evitar o consumo de álcool, entre outras (SOUZA *et al.*, 2014).

Segundo Araújo (2013), as ações de imunização trazem benefícios diretos e indiretos de extrema importância, além de evidências sobre o potencial de redução da mortalidade, melhores condições de saúde, economia devido a um menor custo com consultas e tratamentos. Vasconcelos, Rocha e Ayres (2012) declaram que, nas últimas décadas, a área da saúde passou por grandes avanços, sendo que as ações de imunização, especialmente, merecem destaque mundial pelo grande impacto do uso de vacinas na prevenção das doenças imunopreveníveis, fortalecendo a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Silva e Surita (2012) detectaram 12,5% de fumantes na amostra de gestantes estudada, porém o tabagismo não se associou com o baixo peso ao nascer. O estudo de Rocha *et al.* (2017), sobre avaliação dos riscos teratogênicos, mostrou que o tabagismo e o consumo de álcool não se associaram com malformações fetais.

Na mulher fumante, há menor produção de leite. Além disso, o uso do cigarro associado a problemas de reprodução, podendo causar placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta e ruptura prematura de membranas (BRASIL, 2012b).

O tabagismo é capaz de provocar alterações importantes na criança e na gestante. Dentre elas, poderão ocorrer: recém-nascido (RN) com baixo peso (2500g ou menos); RN com 150g a 325g a menos que em mulheres fumantes; retardo no crescimento fetal; parto prematuro, natimortalidade; morte perinatal; aborto espontâneo; ruptura prematura da bolsa amniótica; placenta prévia; anemia; baixo peso na gestante; e malformações congênitas (FONTES, 2014).

Muitas mulheres ganham peso durante ou após a gestação, e isso implica em cuidados especiais, principalmente quando o assunto é a alimentação. É importante saber que a fome não é apenas uma necessidade fisiológica, ela também pode estar associada com alterações psicológicas e emocionais, como períodos de ansiedade e fragilidade, que podem levar à compulsão alimentar. Outro problema é que muitas mulheres têm aborto espontâneo devido ao sobrepeso (MARTINS *et al.*, 2012). Há complicações fetais e de parto em dietas com alto teor de gordura (YAZDY *et al.*, 2012).

O PN é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em riscos para a saúde da gestante (HASS *et al.*, 2013).

O PN inicia-se quando a mulher eumnorreica e com vida sexual ativa refere atraso menstrual maior ou igual a 10 dias. Nesse caso, são solicitados exames laboratoriais confirmatórios, como o Beta HCG (SOUSA; MENDONÇA; TORRES, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de PN e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto dessas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2013).

A recomendação básica para um bom acompanhamento PN é de que sejam realizadas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais entre a 28ª e 36ª semanas e, a partir desse marco, as consultas devem ser semanais. Caso a gestante não tenha entrado em trabalho de parto até a 41ª semana, deve-se encaminhá-la para a avaliação de líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (COREN-GO, 2013).

No Brasil, embora a mortalidade materna (MM) tenha sofrido redução nas últimas décadas, o número de óbitos neonatais continua insatisfatório, no que pese tais óbitos ocorrerem por causas evitáveis. Mesmo com a ampliação da cobertura do acompanha-

mento PN no País, as causas mais incidentes de Morbimortalidade Materna e Perinatal (MMMPN) são a sífilis congênita e a SHG, agravos esses que podem ser acompanhados e minimizados durante um bom cuidado PN (BRASIL, 2013).

Desde o surgimento do Programa de Humanização do Prenatal (PHPN) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas às mulheres de forma mais sistemática no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ter ocorrido a redução dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil (MMMI), esta questão ainda é um desafio para a sociedade e para os governantes brasileiros (CAVALCANTI; GURGEL-JUNIOR; VASCONCELOS, 2013).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define a atenção básica como: um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012c).

Em meio a tantos cenários em saúde, a atenção básica é um local privilegiado para desenvolver a educação em saúde (ES), pois nessas instituições existe a característica de uma maior proximidade com a população, com ênfase na promoção e na proteção da saúde (SANTOS *et al.*, 2012).

Relacionado aos momentos de ES, confecção e disponibilização de material educativo, é necessária uma adequação deste aos

pressupostos teóricos do modelo de letramento funcional em saúde (LFS). O letramento em saúde é definido como a capacidade de realizar tarefas básicas de leitura e agir em números no ambiente de cuidados em saúde. Há evidências crescentes de que as competências de letramento em saúde estão relacionadas com importantes resultados de saúde, mesmo depois de isoladas as variáveis de confusão, como educação, idade e gênero (APOLINARIO *et al.*, 2012).

Levando-se em consideração as dimensões do LFS, que abordam as habilidades de acesso, compreensão, avaliação e aplicação do saber em saúde, faz-se necessário considerar os atributos como conhecimento, capacidade e motivação nos processos de promoção da saúde com enfoque na ES (SORENSEN *et al.*, 2012).

Tendo em vista que se faz necessário o incentivo à leitura da caderneta da gestante (CG) por parte dos profissionais de saúde, para que as gestantes façam da leitura um hábito, pois na CG constam informações importantíssimas acerca da gestação, como prevenção de agravos, melhora na alimentação, importância do PN, manter a imunização atualizada e o porte contínuo da CG, pois caso haja alguma intercorrência na CG, constam todas as informações necessárias sobre a gestante e sua gestação.

A CG é um documento elaborado pelo MS, utilizado na assistência na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), e também em redes privadas, onde nela são registradas as informações da gestante e da consulta de PN. Vale ressaltar a importância da qualidade da consulta e o preenchimento correto da CG, na qual deverá conter todas as queixas, modificações, resultados de exames, prescrições médicas e de enfermagem, vacinas, enfim tudo que está acontecendo durante o período gravídico. É de suma importância que a gestante sempre tenha em sua posse não só quando vai à consulta de PN, mas em todos os momentos, pois se houver alguma intercorrência, as medidas necessárias poderão ser tomadas de forma correta. As informações contidas na CG são necessárias para a continuidade do cuidado no ambiente hospitalar onde ocorrerá o

parto, por isso a importância do preenchimento correto e adequado, pois a mesma tem a função de servir como um importante e necessário elo de comunicação entre a UAPS, consultórios particulares e o hospital de referência onde será realizado o parto.

Durante o acompanhamento PN, os dados colhidos nas consultas médicas e de enfermagem alimentarão o Sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento (SISPRENATAL), por meio das Fichas de Cadastramento das Gestantes (FCG) e das Fichas de Registro Diário do Atendimento das Gestantes (FRDAG), bem como a CG, importante instrumento utilizado nas consultas e no momento da internação para a realização do parto (BRASIL, 2011).

A CG também contribui para que os dados fundamentais relativos ao controle PN, ao serem registrados sistematicamente em cada consulta, cheguem às mãos de quem atende posteriormente a gestante, seja em nível de outro serviço ambulatorial, seja no nível de hospitalização, a fim de que os dados mais relevantes da hospitalização durante a gestação, partos e pós-parto cheguem ao conhecimento de quem tem ao seu encargo o controle do puerpério (BRASIL, 1998).

Dessa forma, registrar os procedimentos realizados nas consultas de PN na CG, e em seu prontuário, é um fator que qualifica a consulta realizada pelo profissional e, conseqüentemente, do serviço em que ele está inserido, haja vista que a qualidade da informação é inteiramente proporcional à qualidade da assistência (BARRETO; ALBUQUERQUE, 2012).

É de responsabilidade dos profissionais de saúde realizar ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, garantindo o atendimento da demanda espontânea e a realização de ações programáticas, coletivas e de vigilância, assim como desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, oferecendo apoio e incentivo para o desenvolvimento da autonomia, individual e coletiva, na busca por

qualidade de vida dos usuários, e desta forma promover o desenvolvimento de uma atenção integral (BRASIL, 2012).

O PN é um momento oportuno e ideal para desenvolver ações educativas, as quais podem ser realizadas nas unidades de saúde, por meio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Isso permite que o profissional crie vínculo e confiança com a gestante (RIZETTI, 2012).

É durante o PN que um espaço de ES deve ser criado, a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz. Neste momento, entende-se que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimento sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã. A realidade dos serviços de saúde nem sempre responde às necessidades de saúde e expectativas sentidas pelas mulheres durante a gestação, pelo fato de, muitas vezes, não dispor de profissionais habilitados a realizar ES no período gestacional.

A ES é uma atividade social sistemática, contínua e permanente que auxilia na formação da consciência crítica dos indivíduos no que se refere aos seus problemas de saúde, de acordo com a sua realidade, encorajando a procura por soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007).

Pressupostos básicos da ES estão relacionados com o comportamento dos indivíduos sobre a etiologia das doenças crônico-degenerativas, no comportamento analisado como fatores de risco para adquirir tal doença, e também dos gastos com assistência médica e seu custo-benefício (FEIJÃO; GALVÃO, 2016).

A prática da ES requer do profissional de saúde, e principalmente do enfermeiro, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador que remete a sua formação acadêmica.

Conforme previsto pela Política Nacional de Humanização (PNH), as práticas educativas devem ser construídas de forma horizontal, valorizando o saber-fazer popular e agregando o conhecimento técnico do educador. E é papel do enfermeiro informar sobre as boas práticas de assistência ao parto e proporcionar espaços educativos, favorecendo a prática de atividades pedagógicas que estimulem a participação da mulher e de sua família, desmistificando medos e minimizando inseguranças e ansiedades durante todo o período gravídico-puerperal (GUERREIRO *et al.*, 2014).

Partindo desses pressupostos, considera-se que a ausência de informação pode provocar o surgimento de preocupações desnecessárias ou complicações. Na medida em que a gestante tem a possibilidade de participar de ações de ES, ela torna-se mais segura para vivenciar esse período, pois recebe informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, e, conseqüentemente, vivenciará o processo gestacional com mais harmonia, prazer e segurança (ALENCAR; LIMA; TORRES, 2014).

Tendo como base a informação, o papel da equipe, em relação a essa evasão das gestantes ao PN, seria a busca ativa das faltosas e a compreensão dos motivos que as levam desistir do PN. Outra forma de incentivo é inserir o companheiro, ou outro membro de sua família, nas consultas de PN, pois dessa forma a mulher se sente mais acolhida e à vontade, pois estará compartilhando um momento único com o pai de seu filho ou com alguém importante de sua família.

Dessa forma, o PN é o período de preparar a gestante tanto fisicamente quanto psicologicamente para o momento do parto, levando assim os profissionais inseridos a praticarem o processo de educação e cuidados com suas usuárias (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010). E dentre as ferramentas que deverão ser utilizadas na APN, a CG constitui de duas ferramentas fundamentais e imprescindíveis de utilização da EqSF e gestantes – tecnologia de registro e educativa.

CONCLUSÕES

Após a análise dos dados, consta-se que a Caderneta da Gestante (CG) não era utilizada no contexto de sua importância, quer como uma tecnologia de registro, quer como tecnologia educativa. Estas duas finalidades são imprescindíveis na Assistência Pré-Natal (APN) com vista à promoção da saúde da mulher e do conceito durante o ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (MMMPN).

As mulheres informaram noções sobre a CG, precisamente em relação ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, acompanhamento da gestação, instrumento para esclarecimento de dúvidas sobre a gravidez e de orientações sobre os cuidados com a alimentação e registro de dados da gestante e da criança. Quanto à utilização, a CG basicamente era destinada ao aprazamento de consultas pela Equipe Saúde da Família (EqSF).

Para que haja, de fato, um atendimento que promova qualidade de vida do binômio gestante e conceito, algumas iniciativas são essenciais, e uma delas é registrar todas as informações na CG, que consiste em uma tecnologia elaborada e consolidada pelo Ministério da Saúde (MS) e que muitas vezes não está sendo amplamente utilizada por EqSF e gestantes, nas suas finalidades – de registro e educativa – haja vista que nesta contém informações importantes que podem repercutir na qualidade de vida, minimização dos agravos à saúde da gestante e do conceito.

Os resultados deste estudo serão apresentados aos gestores e gerentes das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com a finalidade de conscientizar as EqSf sobre a utilização plena da CG, não somente como ferramenta de registro de informações, mas como ferramenta educativa na APN.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. R.; TORRES, C. M. G. **O processo de educação em saúde de da assistência de enfermagem em mulheres gestantes face à realização do pré-natal: uma revisão bibliográfica**. 1. ed. [S.l.]: Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia, 2014. 2 p. v. 2. Disponível em: <<http://www.convibra.com.br>>. Acesso em: 21 maio 2017.

ARAUJO, E. M. Vacinação: histórico, conquistas e mitos. In: BALLALAI, I. **Manual prático de imunizações**. 1. ed. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2013.

APOLINARIO, D. Short Assessment of HealthLiteracy for Portuguese-Speaking Adults: Saúde Pública. 4. ed. [S.l.]: Rev. Saúde Pública, 2012. 702-711 p. v. 46.

BARRETO, F. D. F. P.; ALBUQUERQUE, R. M. **DISCREPÂNCIAS ENTRE O INFORME VERBAL E OS REGISTROS NO CARTÃO DA GESTANTE: UM INSTRUMENTO NEGLIGENCIADO**. 6. ED. RIO DE JANEIRO, V. 34, P. 259-267, 2012.

BARRETO, M. **Representação social da gravidez na adolescência para adolescentes grávidas: Gravidez na adolescência**. 2. ed. [S.l.]: Revista Rene, 2011. 384-92 p. v. 12.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. [S.l.: s.n.], 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades C. Brasília. [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/educacao-saude-prevencao-gravidez-adolescencia.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012a.

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 - Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2012b. 318 p. v. cadernos de atenção básica nº32. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. [S.l.: s.n.], 2012c. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]: Departamento de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Editora Ministé-

rio da Saúde, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/educacao-saude-prevencao-gravidez-adolescencia.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher.** Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <<http://www.portalsaude.gov.br>>. Acesso em 25 de Abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos.** equipe de colaboração: Martha Ligia Fajardo... [et al.]. 3. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <<http://www.rbic.com.br/artigos>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

CAVALCANTI, P. C. S; GURGEL-JUNIOR, G. D.; VASCONCELOS, A. L. R. **Um modelo lógico da Rede Cegonha.** 1. ed. Rio de Janeiro: PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA, 2013. 1297-1316 p. v. 23. Disponível em: <<http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2016/02>>. Acesso em: 31 out. 2017.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/etc/conferencias>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

FONTES, R. **Cigarros na Gravidez.** [S.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/tabaco-gravidez>>. Acesso em: 31 out. 2017.

GUERREIRO, E. M. *et al.*, **Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas.** 1. ed. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2014. 13-21 p. v. 67. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

GOIAS. Conselho Regional de Enfermagem. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás** / organizadores Claci Fátima Weiric Rosso et al. Goiânia, 2014. Disponível em: <http://revista-cientifica.facmais.com.br>>. Acesso em: 21 ago.2017.

HASS, C *et al.* **Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre - RS.** 3. ed. Porto Alegre: Rev Gaúcha Enferm, 2013. 22-30 p. v. 34. Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio>. Acesso em: 31 out. 2017.

MARTINS, M. *et al.*. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. São Paulo: **Rev Esc Enferm USP**, p. 802-808, 2012.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (organizadores). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed.: Hucited; p.113-150. São Paulo, 2002.

NIETSCHKE, E. A. **O saber em saúde como tecnologia**. In: _____. Tecnologia emancipatória. Ijuí: UNIJUI; 2000. p.107-129.

RIZETTI, E. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Rio de Janeiro, **Caderno de saúde pública**. n. 5 v. 28, p. 1-15, 2012.

ROCHA *et al.* Doença hipertensiva específica da gestação: uma revisão sobre tratamento. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 1, p. 49-53, 2017.

SANTOS, D. S. *et al.*, sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. E, v. 36, p. 522-527, 2012.

SILVA, J. L. P.; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: Situação atual. 8. ed. Rio de Janeiro: **Rev Bras Ginecol Obstet**, n. e, v. 34, p. 347-350, 2012.

SOUSA, A. J. C. Q.; MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V. A Atuação do Enfermeiro no Pré-Natal de Baixo Risco em uma Unidade Básica de Saúde: Carpe Diem. **Revista Cultura e Científica do UNIFACEX**, n. e, v. 10, p. 1-, 2012.

SORENSEN, K. *et al.*, Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, n. e, v. 1, p. 1-12, 2012.

SOUZA, G. S. *et al.* Doença Hipertensiva específica da gravidez (DHEG): uma revisão integrativa. Buenos Aires: **EFDeportes.com**, Revista Digital, n. 1, v. e, p. 195, 2014.

TEIXEIRA, L. M.; PEREIRA, J. F. A educação em saúde enquanto tecnologia leve: principais limitações da prática. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2014.

TEIXEIRA, I. R.; AMARAL, R. M. S.; MAGALHÃES, S. R. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Revista E-Scientia**, v. 3, p. 26-31, 2010.

VALENTE, M. M. Q. P. *et al.* Assistência pré-natal: Um olhar sobre a qualidade. **Revista René**, v. 14, p. 280, 2013.

VASCONCELOS, K. C. E.; ROCHA, A. S.; AYRES, J. A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, p. 167-176, 2013.

VERONA, A. P. A.; DIAS-JUNIOR, C. S. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal Of Public Health**, v. 31, p. 25-31, 2012.

UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. **Situação da População Mundial 2013: Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**. 2013.

YAZDY, M. *et al.*. Maternal tea consumption during early pregnancy and the risk of spina bifida: Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 3. ed. [S.l.: s.n.], 2012. 1 p.

ZANCHI, M. *et al.* Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. 5. ed. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p. 1019-1028, 2013.

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Ariane Porto Soares

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos

Antônio Augusto Ferreira Carioca

Maria Vieira de Lima Saintrain

Carlos Antônio Bruno da Silva

José Manuel Peixoto Caldas

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é o terceiro tipo mais incidente na população feminina brasileira, exceto os casos de não melanoma. São esperados cerca de 16.370 novos casos para o ano de 2019, no Brasil, apresentando um risco estimado de 15,43 casos a cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2017). De acordo com as últimas estimativas, foi o quarto câncer mais comum em mulheres e o sétimo na posição geral, com uma estimativa de 528.000 casos de CCU diagnosticados em todo o mundo, e com cerca de 266.000 registros de óbitos de mulheres no referido ano. O maior percentual, em torno de 85% dos casos e 87% destas mortes, ocorreu em regiões menos desenvolvidas ou subdesenvolvidas (WHO, 2012).

Neste contexto, Girianelli, Gamarra e Silva (2014) demonstram redução dos óbitos por CCU em mulheres residentes nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. No entanto, esta redução não foi evidenciada em outras regiões - Norte e Nordeste, e as residentes no interior dos estados mostram taxas de aumento estatisticamente significativas.

Ainda em relação às desigualdades regionais do CCU, o estudo de Barbosa *et al* (2016) objetivou analisar a tendência temporal deste agravo no Brasil e calcular uma projeção até o ano de 2030, demonstrando uma redução na tendência da mortalidade para o Brasil, sendo significativa nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. As Regiões Norte e Nordeste apresentaram tendência de estabilidade. Os estados do Acre e Rio Grande do Sul apresentaram maiores tendência de redução. A mortalidade apresentou tendência de redução, todavia está desigualmente distribuída no Brasil, com as Regiões Norte e Nordeste apresentando maiores taxas.

Ainda se depara com uma realidade de elevados índices de uma doença prevenível, em que as estimativas de novos casos de mortalidade continuam elevados, sendo necessária a implementação de estratégias e políticas públicas efetivas, com o intuito de garantir uma maior oferta de serviços, principalmente uma maior cobertura do exame citopatológico (BRASIL, 2013). Com o intuito de uma melhor efetivação dos serviços de saúde, o programa de atenção à mulher deve incluir atenção primária (atenção básica), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade), atividades preventivas, incluindo o tratamento e os cuidados paliativos (WHO, 2014a).

O grande desafio para países subdesenvolvidos é assegurar estratégias que permitam o diagnóstico precoce e a redução da tendência da mortalidade. A redução da incidência deste câncer é possível se todas as mulheres com lesões precursoras tiverem acesso ao tratamento adequado (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014)

A infecção por vírus *Papilomavirus Humano* (HPV) é uma das principais causas que contribuem para o desenvolvimento do CCU, porquanto exerce grande relação com os tipos 16 e 18, que possuem um alto poder carcinogênico, sendo responsáveis por cerca de 70,0% dos cânceres cervicais. O CCU invasivo afeta predominantemente mulheres que não têm acesso aos serviços de saúde

(WHO, 2014b). A realização do exame citopatológico é a principal estratégia para o rastreamento (WHO, 2010). Alcançar a população alvo é um fator importante para que haja a redução da incidência por esta neoplasia (BRASIL, 2013).

Diante desse atual cenário em que se encontra a saúde de muitas mulheres, em meio à atual conjuntura do cenário político do Brasil, que se depara com uma saúde pública precária, em que diariamente pessoas são diagnosticadas com um agravamento à saúde e faltam recursos necessários para lhes prestar atendimento adequado, mediado pela dificuldade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), despertaram o interesse em investigar a qualidade de vida (QV) das mulheres com CCU e suas implicações sociais, psicológicas, laborativas, biológicas e nível de saúde e de bem-estar.

Mediante a problemática destes agravos na saúde da mulher, indaga-se: qual a repercussão do CCU na qualidade de vida da mulher?. Diante deste questionamento, optou-se por este estudo, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de mulheres com câncer de colo uterino.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem quantitativa, do tipo transversal realizado no Instituto do Câncer do Ceará (ICC), situado em Fortaleza-Ceará. A escolha do campo de pesquisa foi pautada na demanda de atendimentos que a instituição oferece, por ser um hospital de nível Terciário, que presta assistência no atendimento e tratamento de pessoas com os mais diversos tipos de câncer, inclusive o de colo uterino (CCU).

Participaram do estudo 113 (cento e treze) mulheres com diagnóstico de CCU, com idade a partir de 20 anos, atendidas nos ambulatórios da instituição citada. Foram excluídas do estudo as mulheres com internação hospitalar por mais de 48 horas nos

últimos 30 dias, com distúrbio mental ou neurológico que comprometa sua capacidade de discernimento ou compreensão, e com doença metastática ou que recorreu após tratamento padrão para doença localizada.

Selecionaram-se as variáveis para o estudo: sociodemográficas - idade, estado civil, número de filhos, profissão/ocupação, renda familiar mensal, escolaridade, naturalidade, procedência; sanitárias - idade da menarca, número de gestação, parto e aborto, exame de prevenção do câncer de colo uterino prévio ao diagnóstico, manifestações clínicas, diagnóstico histológico, e nível de evolução do diagnóstico (estadiamento); e de Qualidade de vida (QV) - domínios do SF 36: aspectos sociais, capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, aspectos emocionais, aspectos físicos, saúde mental e vitalidade.

A coleta de dados realizou-se nos meses de junho a julho de 2018, na instituição citada, por meio de entrevista estruturada e do Instrumento de Qualidade de Vida SF- 36.

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de saúde, e consiste de um questionário multidimensional de fácil aplicação e entendimento, capaz de avaliar a qualidade de vida (QV) em diferentes patologias. É composto por 11 questões e 36 itens contemplados em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens) e saúde mental (5 itens). Para cada domínio o escore valor varia de 0 a 100, em que 0 corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde. Este instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil por Ciconelli *et al.* (1997).

As 36 questões são estruturadas em escalas, com várias possibilidades de pontuação, como, por exemplo: 1 e 2 (Sim ou Não); 1, 2 e 3 (Sim, dificulta muito, Sim, dificulta um pouco, Não dificulta de modo algum); 1 a 5 (Excelente, Muito Boa, Boa, Ruim, Muito

Ruim); e outras categorizações. A variação é de intensidade crescente ou decrescente, conforme a questão. Para a obtenção dos escores, as questões devem ser pontuadas de acordo com normas pré-estabelecidas. Posteriormente, os valores das questões são transformados em notas para cada um dos oito domínios. Assim, cada um desses componentes possui um escore, cuja pontuação varia de 0 a 100, sendo zero o pior e 100 o melhor estado de QV. Cada domínio é analisado separadamente, não havendo um escore total.

Os dados foram organizados no *Statistic Package for Social Science* (SPSS, versão 20), representados em tabelas e analisados estatisticamente, fundamentando-se na literatura selecionada.

A pesquisa atende aos princípios éticos preconizados pela Resolução nº466/12 da Comissão Nacional de Ética-CONEP/CNS/MS. Os participantes foram orientados sobre o anonimato, objetivo e natureza do estudo e o direito de retirar o consentimento no momento que desejassem. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a emissão do parecer do Comitê de Ética pela instituição *locus* do estudo sob o número 031/2017.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o processamento da análise, agruparam-se os dados em: caracterização sociodemográfica, descrição sanitária e avaliação da qualidade de vida.

Caracterização sociodemográfica das mulheres

De acordo com a Quadro 1, houve predomínio de mulheres adultas na faixa etária de 24 a 59 anos (61,6%), casadas (46,9%), com filhos (95,6%), naturais (60,5%) e residentes (71,68%) na

Macrorregião Fortaleza-CE, com ensino fundamental incompleto e completo (67,3%), renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes (81,4%) e ocupantes de prendas do lar (38,1%). Ressalta-se que 30 mulheres residiam nas demais Macrorregiões do estado do Ceará e 2 em outros estados da Região Nordeste.

Evidencia-se que a faixa etária predominante das mulheres estudadas era de 24 a 59 anos, equivalendo a (61,6%). A idade também interfere no processo de infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), o principal fator de risco para o surgimento do câncer do colo uterino (CCU), sendo que a maioria das infecções em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que, acima dessa idade, a persistência é mais frequente (BRASIL, 2015).

Em relação ao estado civil, predominaram as casadas (46,9%). Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Dallabrida (2014), que teve como objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres tratadas por CCU, composta por amostra de 43 mulheres, em que (53,4%) eram casadas. Embora, a maioria tenha referido parceiro fixo, com menor risco em relação às solteiras, a incidência do CCU foi mais elevada nas mulheres que apresentaram este perfil. O comportamento e as práticas sexuais são fortes predispositores a riscos desse tipo de câncer (BRASIL, 2013).

Quadro 1- Distribuição das mulheres segundo dados socio-demográficos.

Fortaleza- CE, 2016.

n = 113

| Dados Sociodemográficos | | f | % |
|---|---------------------------------|-----|------|
| Idade (anos) | 24 – 59 | 65 | 61,6 |
| | 60 – 82 | 48 | 42,8 |
| Estado Civil | Solteira | 17 | 15,0 |
| | Casada | 53 | 46,9 |
| | União estável | 14 | 12,4 |
| | Divorciada | 13 | 11,5 |
| | Viúva | 16 | 14,2 |
| Filhos | Sim | 108 | 95,6 |
| | Não | 05 | 4,4 |
| Naturalidade | Fortaleza-CE | 68 | 60,5 |
| | ¹ OM | 38 | 33,2 |
| | ² Outros estados | 07 | 6,3 |
| Procedência | Fortaleza-CE | 81 | 71,6 |
| | ³ OM | 30 | 26,6 |
| | ⁴ Outros Estados | 02 | 1,8 |
| | Escolaridade Analfabeta | 22 | 19,5 |
| Ensino | ⁵ Ensino Fundamental | 76 | 67,3 |
| | ⁶ Ensino Médio | 13 | 11,5 |
| | ⁷ Nível Superior | 02 | 1,8 |
| Profissão/ocupação | Aposentada | 36 | 31,8 |
| | Prendas do lar | 43 | 38,1 |
| | Outras | 34 | 30,4 |
| Renda familiar mensal (em (salário mínimo) | Menos de 01 | 09 | 8,0 |
| | 01 - 02 | 92 | 81,4 |
| | 03 ou mais | 12 | 10,7 |

¹Outros municípios do Ceará – Sobral, Itapajé, Itapipoca, Aracati, Crato e Juazeiro.

^{2,4}João Pessoa, Manaus e Piauí e Maranhão.

³Outros municípios do Ceará – Sobral,

Irauçuba, Barbalha, Crato, Juazeiro e Russas.

^{5,6,7}Completo e incompleto.

Diferentes estudos abordam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, desde o diagnóstico até o tratamento. Enfatizam que países desenvolvidos, que têm sua estrutura de serviços organizada, planejada e eficaz, apresentam redução na mortalidade por câncer, realidade compatível com países nos quais não existem tantas dificuldades de acesso a serviços de diagnóstico e tratamento de câncer. São grandes as barreiras para a população desprovida socioeconomicamente no Brasil. Serão necessárias medidas urgentes para garantir que todas as mulheres tenham acesso às melhores práticas diagnósticas e terapêuticas disponíveis (GRIANELLI *et al.*, 2014).

Além disso, outros fatores também trazem impactos negativos neste processo, como aspectos relacionados ao diagnóstico tardio, que dificulta o acesso aos serviços e revela, sobretudo, carência na quantidade e na qualidade de serviços oncológicos fora das grandes capitais. O acesso da população aos diferentes níveis assistenciais é um dos sentidos atribuídos à integralidade. Embora o acesso universal, garantido constitucionalmente, tenha derrubado barreiras formais, dificuldades no acesso e na continuidade da atenção permanecem, tanto na atenção básica quanto nos serviços especializados (SILVA *et al.*, 2014).

Traldi (2016) avaliou a demora do diagnóstico do câncer de mama, e concluiu que o comprometimento do tratamento pode estar relacionado com a demora também no diagnóstico. A demora média de 142,5 dias - 2,4 vezes maior que o tempo máximo recomendado de 60 dias para o diagnóstico do câncer de mama. Este achado reforça a necessidade de implementação efetiva das linhas de cuidado na rede de atenção oncológica, com pactuação dos fluxos entre os serviços para agilizar o acesso das mulheres à assistência integral, conforme preconizam as políticas públicas.

Em relação à profissão e à ocupação dessas mulheres, sobressaíram-se as que realizavam atividades próprias do lar. Estes dados vão ao encontro dos achados de Santos *et al.*, (2012) que revelaram uma predominância de mulheres que exercem suas atividades domésticas e estavam desempregadas.

Embora a maioria das mulheres estudadas tenha ensino fundamental, ainda chama a atenção a prevalência do analfabetismo no País. O menor grau de instrução interfere nas condições socioeconômicas, trazendo repercussões negativas e estigmatizadoras às pessoas não alfabetizadas. As mulheres analfabetas demonstravam constrangimento em informar a ausência de escolaridade. Surgem, então, questionamentos bastante significativos sobre a importância da alfabetização na vida de uma pessoa. Ainda se convive com uma realidade de analfabetismo, em que milhares de brasileiros não têm acesso a

uma educação de qualidade. A educação é algo prioritário, e que dela relacionam-se as condições para uma vida digna e com qualidade.

Em relação aos dados sociodemográficos, estudo realizado por Dallabrida *et al.* (2014) determina que as mulheres com CCU eram na maioria casadas, com ensino fundamental incompleto e renda de 1 a 2 salários, cujos dados corroboram com a presente investigação. Outro aspecto relevante abordado é a incidência desse câncer ser mais frequente em mulheres com menor nível de escolaridade (MASCARELLO *et al.*, 2012).

Baixa escolaridade e renda são predominantes em mulheres com CCU (DIAS *et al.*, 2015). A vulnerabilidade social dessas mulheres aumenta o risco para este tipo de câncer, o que está diretamente relacionado à baixa condição financeira (DALLABRIDA *et al.*, 2014). Resultados são compatíveis com os achados de Heráclio *et al.* (2015), ao evidenciarem que a maioria das mulheres do estudo cursou até o ensino fundamental e possuía baixo poder aquisitivo. Essas características socioeconômicas refletem o perfil das usuárias do Sistema de saúde brasileiro.

Descrição sanitária

Conforme a Quadro 2, destacaram-se as mulheres que tiveram a menarca entre 12 e 15 anos de idade (89,3%); de uma a sete gestações (62,8%), um a sete partos (66,3%); não informaram abortamento (59,3%), um parceiro nos últimos três anos (68,2%), último exame preventivo foi realizado entre 4 e 10 dez anos (36,4%); sangramento transvaginal em 44,2%, carcinoma de Células Escamosas (CEC) em 89,4%, e quanto à evolução do diagnóstico, IIB (37,2%) e IIIB (40,7%).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) divulga a multiparidade como o fator de risco para o desenvolvimento do CCU. Entretanto, estudos realizados por Davim (2005) e Moura (2010)

informam que o número de filhos não é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do câncer, mas o início precoce da atividade sexual (DIAS *et al.*, 2015).

Em relação à menarca, estudo realizado por STOFLENER *et al.* (2011) mostrou que as mulheres que menstruaram antes dos 10 anos apresentaram efetivamente maior frequência de lesões. No entanto, os achados não são suficientes para associar a presença de lesões com a precocidade da menarca. Mas tal fato poderia estar associado à exposição precoce da junção-escamo-celular no colo uterino, forçando uma atividade metaplásica mais precocemente nessa região, facilitando a ação do HPV nessas meninas, também de forma precoce.

Dando maior ênfase a essa possível relação, estudo que objetivou correlacionar possíveis fatores associados às alterações histopatológicas induzidas pelo HPV, demonstrando que foi predominante na menarca dos 11 a 14 anos (75,7%) (STOFLENER *et al.*, 2011). No aspecto relacionado à gestação, sobressaíram as mulheres que apresentaram de um a sete filhos (62,8%). A gravidez também se relaciona como um fator predisponente à infecção por HPV, devido a uma provável diminuição da imunidade celular e modificação dos níveis dos hormônios esteroides, fato comprovado clinicamente pela regressão das lesões no pós-parto (NICOLAU *et al.*, 2015).

Outro aspecto relevante abordado em estudos sobre os fatores de risco para o CCU está relacionado à multiplicidade de parceiros, como forte fator de risco (BRASIL, 2015). Neste estudo, encontrou-se a maioria das mulheres (68,2%) com parceiro fixo e que se relacionou, nos últimos 3 anos, com apenas um parceiro (64,2%). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Stoffer *et al.* (2011), que fez correlação com fatores associados às alterações histopatológicas induzidas por HPV, demonstrando que 64,2% de mulheres com HPV informaram parceiro fixo.

Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV, o comportamento sexual parece influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer.

Quadro 2 - Distribuição das mulheres segundo dados sanitários.

Fortaleza- CE, 2016. n = 113

| Dados sanitários | f | % |
|---|-----|------|
| Idade Menarca (anos) 12 – 15 | 101 | 89,3 |
| 16 – 19 | 12 | 10,6 |
| Gestação Nenhuma | 05 | 4,4 |
| 1 – 7 | 71 | 62,8 |
| 8 – 14 | 37 | 32,8 |
| Parto Nenhum | 05 | 4,4 |
| 1 – 7 | 75 | 66,3 |
| 8 – 13 | 38 | 33,6 |
| Aborto Nenhum | 67 | 59,3 |
| 01 | 33 | 29,2 |
| 2 – 4 | 13 | 11,5 |
| Número de parceiros (últimos 3 anos) Nenhum | 28 | 24,8 |
| 01 | 77 | 68,2 |
| 02 | 08 | 7,1 |
| Exame preventivo prévio ao diagnóstico (anos) | | |
| Nunca fez | 19 | 16,8 |
| 1 ano | 06 | 5,3 |
| 2 – 3 | 32 | 28,3 |
| 4 – 10 | 41 | 36,4 |
| Mais de 10 | 15 | 13,3 |
| Manifestações Clínicas | | |
| Dor pélvica e Sangramento transvaginal | 32 | 28,3 |
| Sangramento transvaginal | 50 | 44,2 |
| Não informou | 31 | 27,4 |
| Diagnóstico Histológico | | |
| Adenocarcinoma | 09 | 8,0 |
| Carcinoma de Células Escamosas (CEC) | 101 | 89,4 |
| Outros | 03 | 2,7 |
| Nível de evolução do diagnóstico (estadiamento) | | |
| ¹ Ia | 08 | 7,1 |
| ² Ib | 42 | 37,2 |
| ³ IIa | 02 | 1,8 |
| ⁴ IIb | 46 | 40,7 |
| ⁵ Ib1 | 06 | 5,3 |
| ⁶ Ib2 | 04 | 3,5 |
| Sem condições de avaliação | 05 | 4,4 |

¹IA - O câncer não se disseminou para os tecidos próximos ao colo do útero.

²Ib - O câncer se disseminou para os tecidos próximos ao colo do útero, mas não para os Linfonodos. ³IIA - O câncer se disseminou para o terço inferior da vagina, mas não para as paredes da pelve. ⁴IIb - O câncer atinge paredes da pelve bloqueando um ou ambos os ureteres, mas não se disseminou para os linfonodos ou locais distantes. O câncer se disseminou para os gânglios linfáticos na pélvis, mas não para locais distantes;

⁵Ib1 - O câncer pode ser visualizado, mas não é maior do que 4 cm, nem se disseminou para os linfonodos ou locais distantes.

⁶Ib2 - O câncer pode ser visualizado, e é maior do que 4 cm, mas não se disseminou para os linfonodos ou locais distantes.

¹B1 - O câncer pode ser visualizado, mas não é maior do que 4 cm, nem se disseminou para os linfonodos ou locais distantes.

²B2 - O câncer pode ser visualizado, e é maior do que 4 cm, mas não se disseminou para os linfonodos ou locais distantes.

Desta forma, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros sexuais, a multiparidade têm relação com os fatores de risco.

Ressalta-se que se evidenciou neste estudo a não realização periódica do exame preventivo, fato retratado na maioria das mulheres que realizou a última prevenção entre 4 e 10 anos (36,4%). Outro dado que merece atenção é o fato de ter identificado mulheres que nunca haviam realizado o exame citopatológico, tendo realizado somente quando apresentaram manifestações clínicas. Estes dados corroboram com os achados de DIAS *et al.* (2015) que tiveram como objetivo traçar o perfil socioeconômico das mulheres submetidas ao Exame de Papanicolau (EP), em Unidade de Saúde de Minas Gerais, detectando que a maioria das mulheres já havia realizado o exame. No entanto, foi expressiva a proporção daquelas que havia realizado há mais de 10 anos e que realizaram uma vez na vida.

O EP é a estratégia eficaz no controle e na prevenção do câncer cervical. Segundo o Ministério da Saúde, a realização periódica deste exame possibilita às mulheres serem acompanhadas e monitoradas, e dessa forma prevenir este agravo (BRASIL, 2013). No entanto, observa-se que muitas mulheres ainda desconhecem as causas do CCU, as formas de prevenção e os aspectos relacionados ao exame preventivo.

O método de rastreamento do CCU e de suas lesões precursoras é o exame citopatológico. O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual. Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos após essa idade, quando as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2013).

Dentre as 138 mulheres visitadas, quase dois terços estavam com câncer invasivo (63,0%) e tinham déficit de conhecimento sobre o EP. A maioria (81,0%) tinha atitude inadequada em relação à necessidade de fazê-lo e 56,0% praticavam-no de forma inadequada. De acordo com os resultados deste estudo, as mulheres mais velhas mostraram déficit de conhecimento sobre a finalidade do exame, informaram atitude mais desfavorável e não realizaram o exame nos últimos três anos. As mulheres com maior escolaridade tinham melhor conhecimento sobre esse exame (BRENNA *et al.*, 2001).

Estudo descritivo e transversal com 370 mulheres, com idade entre 25 e 59 anos, avaliou o nível de informação acerca do exame citopatológico e revelou que 40,5% das mulheres não realizam ou realizavam com a frequência recomendada. Quanto ao conhecimento sobre o exame, 58,2% definiram-no incorretamente e 69,5% não souberam relatar quais eram os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino (LEITE *et al.*, 2014).

Para Brenna *et al.* (2001), a não adesão periódica ao exame foi um fator bastante evidenciado em seus resultados, e aspectos relacionados a dificuldades pessoais para procurar um serviço de saúde, falta de motivação, distância, dificuldade em conseguir tempo para deixar o trabalho e se dirigir a uma Unidade Básica de Saúde (UBAS) foram dificuldades relatadas pelas mulheres participantes do estudo.

Muito se questiona sobre determinadas barreiras ao EP e a não realização periódica deste. Surgem questionamentos como: por que ainda se depara com índices elevados de câncer, se as UBAS disponibilizam a citopatologia oncótica? Muitas vezes, fatores não só relacionados à oferta de serviços devem ser o foco principal da não adesão, mas também fatores relacionados com a subjetividade de cada mulher. Carvalho *et al.* (2015) analisaram o acompanhamento e o tratamento de mulheres com alteração na citologia oncótica e

constataram que o acesso ao exame não garantia a continuidade do cuidado, devido à falta de acolhimento e ao estabelecimento de vínculo com o profissional. Além disso, a dificuldade na realização do tratamento foi também evidenciada.

Em relação aos sintomas apresentados, evidenciou-se que a maioria das mulheres (72.5%) referiu a presença de sintomas, sendo este fator o principal responsável pela busca da assistência de um serviço de saúde. Resultados obtidos por Brenna *et al.* (2001) demonstraram que a maioria das mulheres participantes do seu estudo só buscava o serviço de saúde na vigência de algum sinal ou sintoma da doença, constatando, assim, a não realização periódica do EP, o que corroborou os achados do presente estudo.

Santos *et al.* (2012) constataram em seus resultados 73,5% de mulheres com diagnóstico de carcinoma epidermóide. Fato demonstrado também por Simonsen *et al.* (2014), ao afirmarem a dor pélvica como sintoma frequente e o carcinoma espinocelular como o tipo mais prevalente. A maioria das mulheres apresentou estadiamento do Tipo IIIb (40,7%), seguido de IIb com (37,2%) (IIb – Envolvimento do paramétrio evidente, porém não atingindo a parede pélvica). Estádio III - Carcinoma estende-se à parede pélvica. Ao toque retal não há espaço livre entre o tumor e a parede pélvica. O tumor pode envolver o terço inferior da vagina. Todos os carcinomas com hidronefrose ou exclusão renal se incluem nesse estágio (BRASIL, 2013). Estes achados estão em concordância com os resultados de Santos *et al.* (2012), que revelaram que a maioria das mulheres do seu estudo apresentou Estadiamento IIIb (47,1), seguido de estadiamento IIb (23,5%).

As evidências encontradas trazem uma integração entre vários aspectos que colaboraram e induziram ao diagnóstico do CCU. Fatores estes, muitas vezes, já discutidos em outros estudos. Conforme o Quadro 3, a Qualidade de Vida (QV) das mulheres atingiu conceitos variados de acordo com cada domínio do SF 36.

Aspectos sociais

A QV era regular predominantemente nas mulheres adultas e idosas, casadas, com ensino fundamental incompleto ou completo, aposentadas ou pensionistas, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes (R\$ 880,00). Este domínio está relacionado como a saúde física ou problemas emocionais podem interferir nas atividades sociais. Diante da situação ao enfrentamento de uma doença, diagnóstico, tratamento, o caminho que vai ser seguido, esse processo, representa um aspecto individual e bem subjetivo. Receber um diagnóstico de uma doença que remete medo da morte, incertezas sobre a cura, pode trazer insegurança, de modo a afetar os vários aspectos que englobam a vida daquele que recebe a inesperada notícia de que está com câncer. As atividades sociais vivenciadas com a família, amigos, colegas de trabalho, podem ser comprometidas ou não, dependendo da forma como cada pessoa consegue passar por esta experiência, que é o enfrentamento do câncer. Muitas vezes, um momento de descontração, encontros com a família e amigos podem estar comprometidos, pela falta de ânimo e de entusiasmo, o que pode afetar o processo de socialização daquele que vivencia esta experiência.

Portanto, constatou-se que o grupo das mulheres adultas, casadas e idosas apresentou um nível regular de qualidade de vida nesse domínio. Tal fato pode estar relacionado à realidade diária vivenciada por essas mulheres, que muitas vezes têm uma série de obrigações diárias, nos cuidados com o lar, muitas atividades a exercer e quando associadas a uma situação de comprometimento de sua saúde, podem prejudicar o seu tempo e o seu entusiasmo para atividades sociais.

Quadro 3 – Distribuição das mulheres segundo idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, renda mensal e Domínios de Qualidade de vida (SF3 36).

Fortaleza-CE, 2016. n = 113

| Domínios | Aspectos Sociais | | | | | Capacidade Funcional | | | | | Dor | | | | | Estado Geral da Saúde | | | | | Limite dos Aspectos Emocionais | | | | | Limite dos Aspectos Físicos | | | | | Saúde Mental | | | | | Vitalidade | | | | |
|------------------------------|------------------|----|----|----|----|----------------------|----|----|----|---|-----|----|----|----|----|-----------------------|----|----|----|----|--------------------------------|----|----|----|----|-----------------------------|----|----|----|----|--------------|---|----|----|---|------------|----|----|----|---|
| | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E | P | R | Re | B | E |
| <u>Idade (anos)</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 – 59 | 5 | 12 | 20 | 17 | 11 | 1 | 7 | 22 | 28 | 7 | 04 | 04 | 15 | 21 | 01 | 2 | 4 | 30 | 28 | 01 | 11 | 15 | 19 | 20 | 20 | 9 | 9 | 16 | 20 | 11 | 1 | 5 | 20 | 38 | 1 | 1 | 11 | 27 | 24 | 2 |
| 60 – 82 | 6 | 13 | 23 | 04 | 02 | 5 | 11 | 24 | 8 | 0 | 0 | 7 | 18 | 8 | 15 | 3 | 10 | 22 | 13 | 0 | 16 | 10 | 06 | 16 | 16 | 9 | 18 | 13 | 5 | 3 | 7 | 3 | 20 | 18 | 0 | 2 | 20 | 17 | 09 | 0 |
| <u>Estado Civil</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteira | 2 | 3 | 9 | 1 | 2 | 1 | 2 | 7 | 4 | 3 | 0 | 3 | 6 | 4 | 4 | 1 | 3 | 7 | 6 | 0 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 2 | 5 | 5 | 3 | 1 | 1 | 7 | 8 | 0 | 1 | 4 | 6 | 5 | 1 |
| Casada | 3 | 10 | 21 | 14 | 5 | 2 | 8 | 21 | 20 | 2 | 0 | 6 | 15 | 19 | 3 | 1 | 3 | 28 | 21 | 0 | 8 | 13 | 13 | 19 | 19 | 7 | 14 | 12 | 12 | 8 | 3 | 1 | 20 | 29 | 0 | 1 | 13 | 23 | 16 | 0 |
| União Estável | 1 | 2 | 5 | 1 | 5 | 1 | 2 | 6 | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 9 | 0 | 1 | 5 | 8 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 2 | 10 | 0 | 1 | 2 | 6 | 4 | 0 |
| Divorciada | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 8 | 2 | 1 | 0 | 0 | 4 | 3 | 6 | 1 | 1 | 7 | 3 | 1 | 5 | 2 | 1 | 5 | 5 | 3 | 5 | 2 | 3 | 0 | 1 | 1 | 6 | 4 | 1 | 0 | 6 | 3 | 4 | 0 |
| Viúva | 3 | 6 | 5 | 2 | 0 | 1 | 5 | 7 | 3 | 0 | 2 | 2 | 6 | 2 | 4 | 2 | 6 | 5 | 3 | 0 | 9 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 7 | 2 | 0 | 3 | 3 | 5 | 5 | 0 | 0 | 6 | 6 | 4 | 0 |
| <u>Escolaridade</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analfabeta | 1 | 4 | 13 | 3 | 1 | 2 | 2 | 13 | 5 | 0 | 0 | 2 | 6 | 7 | 7 | 2 | 2 | 10 | 8 | 0 | 7 | 4 | 4 | 7 | 7 | 1 | 8 | 8 | 3 | 2 | 2 | 0 | 11 | 9 | 0 | 0 | 9 | 7 | 6 | 0 |
| EFcompl/incompl ² | 8 | 18 | 27 | 15 | 8 | 3 | 15 | 32 | 23 | 3 | 4 | 9 | 25 | 16 | 22 | 3 | 9 | 39 | 25 | 0 | 19 | 16 | 18 | 23 | 23 | 16 | 15 | 20 | 16 | 9 | 4 | 8 | 25 | 39 | 0 | 2 | 20 | 32 | 20 | 2 |
| EMCompl/incompl ³ | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 4 | 0 | 0 | 1 | 5 | 7 | 0 | 3 | 2 | 7 | 1 | 1 | 4 | 2 | 6 | 6 | 1 | 4 | 1 | 4 | 3 | 2 | 0 | 3 | 7 | 1 | 1 | 1 | 5 | 6 | 0 |
| Ensino superior | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| <u>Profissão/ocupação</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aposentada | 4 | 12 | 16 | 3 | 1 | 4 | 11 | 18 | 3 | 0 | 1 | 4 | 15 | 4 | 12 | 2 | 9 | 17 | 8 | 0 | 14 | 7 | 4 | 11 | 11 | 4 | 11 | 18 | 3 | 0 | 5 | 4 | 16 | 11 | 0 | 1 | 17 | 13 | 5 | 0 |
| Do lar | 3 | 9 | 15 | 10 | 6 | 1 | 4 | 18 | 17 | 3 | 1 | 6 | 14 | 12 | 10 | 2 | 3 | 21 | 17 | 0 | 7 | 10 | 9 | 17 | 17 | 1 | 4 | 18 | 17 | 3 | 2 | 1 | 13 | 27 | 0 | 1 | 9 | 17 | 15 | 1 |
| Outras | 4 | 4 | 12 | 8 | 6 | 1 | 3 | 13 | 13 | 4 | 2 | 1 | 4 | 13 | 14 | 1 | 2 | 14 | 16 | 1 | 6 | 8 | 12 | 8 | 8 | 1 | 3 | 13 | 13 | 4 | 1 | 3 | 11 | 18 | 1 | 1 | 5 | 14 | 13 | 1 |
| <u>Renda familiar mensal</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menos de 1 salário | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 4 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 3 | 4 | 0 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 11 | 32 | 30 | 6 | 1 | 0 | 3 | 5 | 0 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 |
| 1 – 2 salários | 8 | 22 | 38 | 17 | 7 | 5 | 15 | 44 | 22 | 6 | 4 | 8 | 28 | 22 | 30 | 3 | 11 | 47 | 31 | 0 | 22 | 20 | 20 | 30 | 30 | 4 | 2 | 13 | 3 | 1 | 6 | 7 | 35 | 44 | 0 | 2 | 25 | 38 | 26 | 1 |
| 3 ou mais | 2 | 0 | 3 | 3 | 4 | 0 | 2 | 2 | 7 | 1 | 0 | 2 | 3 | 4 | 3 | 0 | 3 | 2 | 6 | 1 | 1 | 4 | 2 | 5 | 5 | 0 | 2 | 2 | 7 | 1 | 1 | 1 | 2 | 7 | 1 | 0 | 3 | 5 | 4 | 0 |

¹P – Pior; R – Ruim; Re – Regular; B – Bom; E – Excelente ²Ensino Fundamental Completo/Incompleto ³Ensino Médio Completo/Incompleto

Em estudo realizado por Salci e Marcan (2011), evidenciou-se que o fator fortemente relatado no discurso das participantes foram os efeitos colaterais que o tratamento do câncer ocasiona, o que representa um período sofrido que pode comprometer os seus aspectos sociais. Fatores relacionados às desagradáveis alterações corporais, sensação de perda, devido ao tratamento, sendo as mais significativas relacionadas com alopecia, fortaleceram as evidências de baixa autoestima. Como consequência das mudanças físicas e emocionais, muitas mulheres em tratamento, também vivenciaram mudanças sociais, com perda de motivação e falta de interesse para atividades relacionadas ao lazer.

Esses impactos foram agentes ativos de influência negativa, ocasionando impacto na feminilidade dessas mulheres, propiciando, muitas vezes, o isolamento social e a perda de interesse na socialização. Portanto, foi evidenciado que os aspectos sociais afetaram de forma regular a QV.

Capacidade Funcional

Neste domínio, a QV entre as mulheres destacou-se como regular entre as idosas, ensino fundamental completo ou incompleto, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes, que apresentaram conceito “Bom”. No domínio de capacidade funcional, que abrange a presença e a extensão da limitação relacionada à capacidade física, observou-se a mesma tendência de diminuição dos valores dos escores no grupo de mulheres especificadas acima.

Evidenciou-se que as atividades diárias que vão desde as atividades de autocuidado, locomoção, atividades comuns realizadas diariamente, como: varrer a casa, lavar a louça e a roupa, tiveram desempenho regular entre as idosas, com renda mensal de 1 a 2 salários. Estes resultados podem estar diretamente relacionados ao fato de que, por serem idosas, essas mulheres já têm uma tendên-

cia natural a uma regressão de sua capacidade funcional e quando associada ao fato de estarem doentes, isso pode favorecer a uma potencialização desse desempenho. Outro aspecto interessante foi que as mulheres que recebiam de 1 a 2 salários também se apresentaram de forma regular. Pressupondo que o fato, muitas vezes, de não ter uma renda maior, que possa ser destinada a contratar uma profissional que ajude em suas tarefas domésticas, possa deixar propensa a não realização dessas atividades.

Corrêa; Guerra e Leite (2013) analisaram a QV em mulheres submetidas ao tratamento para CCU e constataram que as mulheres com doença localmente avançada apresentam menor QV no domínio capacidade funcional, em relação ao grupo com doença em fase inicial. Dessa forma, identifica-se que a presença do câncer pode comprometer a capacidade funcional, de forma regular.

Dor

Em relação a este domínio, com QV regular sobressaíram-se as mulheres pensionistas/aposentadas, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes, ensino fundamental completo ou incompleto, exceto as casadas e as adultas, que atingiram o conceito “Bom”. A dor é um fator bastante relevante para discussão e avaliação em portadores de neoplasia. Segundo dados da literatura, o câncer de colo uterino tem como sintomas principais a dor pélvica (BRASIL, 2013). Nos casos em que há um comprometimento de outros tecidos e órgãos, a dor pode ser potencializada.

Os achados sugerem que a dor pode interferir nos mais variados aspectos da rotina e do desempenho de atividades realizadas por essas mulheres, de forma a prejudicar na execução de tarefas simples realizadas rotineiramente em casa e no trabalho. Para as mulheres idosas, a dor foi algo que se sobressaiu no contexto, de forma a afetar a sua qualidade de vida, pois interfere em todos os

aspectos, desde os sociais até a capacidade física, pois quando existe uma dor, há um incômodo e, conseqüentemente, há uma perda de interesse em realizar algo, permanecendo a concentração direcionada a esse mal-estar.

Estima-se que mais de 50,0% das pessoas com câncer apresentam dor no decorrer da doença. Na observação dos casos em fase avançada, 70,0% a 90,0% das pessoas referiram esse sintoma, podendo ser de intensidade moderada ou insuportável em 30,0% a 50,0% dos casos (SOARES, 2003). A dor no câncer pode ser aguda ou crônica, com diversas causas, e relacionada ou não com o tumor, o tratamento e com o aparecimento de síndromes paraneoplásicas. Alguns sintomas dolorosos podem ocorrer pela combinação dos fatores citados, não sendo possível, em algumas situações, identificar quais os envolvidos (JUVER e VERÇOSA, 2008).

Em estudo longitudinal realizado por Nogueira *et al.* (2014) teve como objetivo conhecer as características da dor *breakthrough*, definida como dor basal de moderada ou baixa intensidade em portadores de câncer com amostra composta por homens e mulheres. Os resultados demonstraram que a dor era predominante em mulheres (71,7%), com idade entre 30 e 50 anos (41,7%), diagnosticadas com câncer do colo uterino.

Resultados de outra investigação mostraram que mulheres que concluíram o tratamento de braquiteria por CCU relacionaram a dor como um aspecto fortemente relatado, como um grande desconforto (SOARES *et al.*, 2016). A autora sugeriu a necessidade de uma assistência que não enfatize somente o processo da cura, priorizando também a necessidade de oferecer um suporte para o manejo dos efeitos colaterais resultantes do tratamento.

A dor é uma vivência observada em pessoas oncológicas em vários momentos da doença. Constatou-se, com esses resultados, que esta afeta de forma regular a QV, o que pode ter acontecido devido ao estágio avançado, ocorrido com a maioria dos pacientes incluídos neste estudo. São necessárias percepções e práticas de uma

assistência que valorize este sintoma, pois se trata de algo que compromete a QV daqueles que a apresentam.

Estado geral de saúde

A QV conceituou-se regular dentre as mulheres, marcadamente nas pensionistas/aposentadas, casadas, adultas, ocupantes de atividades do lar, que alcançaram o conceito “Bom”. O estado geral de saúde avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde de forma global. É um fator subjetivo, que envolve a maneira como o indivíduo percebe sua saúde, com o que julga ser bom ou ruim. O estado geral da saúde pode ser afetado, tanto por fatores físicos quanto emocionais, o que pode comprometer a qualidade de vida (SALCI; MARCON, 2011).

Aspectos emocionais

A QV neste domínio foi considerada ótima, com foco nas mulheres adultas, casadas, ensino fundamental completo ou incompleto, ocupantes de atividades próprias do lar, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes.

Os aspectos emocionais avaliam o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar. Em relação a este domínio, constatou-se que as mulheres citadas acima obtiveram ótimos resultados em relação ao aspecto emocional. Muitas vezes, a ansiedade e a depressão podem surgir em determinados momentos do processo de enfrentamento da doença ou até mesmo no diagnóstico. No entanto, neste estudo, foi demonstrado que os resultados foram ótimos, e que os aspectos emocionais não foram afetados negativamente neste processo da doença.

Tais resultados assemelham-se com os de estudo que avaliou a QV de 43 mulheres com CCU, usando o instrumento EORTC-C30, que é semelhante ao SF 36, no emprego de domínios como

estado geral da saúde, função física e emocional. Seus resultados demonstraram que, na escala de funcionamento emocional, o resultado variou entre regular e satisfatório (DALLABRIDA, 2014).

A pessoa oncológica busca a espiritualidade como forma de enfrentamento da doença, com a finalidade de minimizar o sofrimento ou obter maior esperança de cura com o tratamento (GUERRERO *et al.*, 2011). Assim sendo, a crença em aspectos que fortaleçam o estado emocional pode ser uma excelente estratégia de motivação das pessoas na luta contra o câncer, como forma de vivenciar situações de fé e busca pela religiosidade, a fim de encontrar suporte emocional para vivenciar o enfrentamento do câncer.

O câncer favorece a busca pela espiritualidade e religiosidade como mecanismos de enfrentamento do sofrimento, como fonte de esperança de cura e como ressignificação do sentido da vida e da morte que a espiritualidade, a depressão e a qualidade de vida do paciente oncológico estão inter-relacionadas e influenciam sua rotina e dinâmica familiar (MIRANDA; LARA; LANA, 2015).

Panzini *et al.*, (2011) afirmam que a crença no religioso e no espiritual se apresenta associada à qualidade de vida, significando o uso da religião, da fé e da espiritualidade para lidar com o estresse e os problemas de vida. Portanto, o fato de as mulheres do presente estudo terem apresentado ótima QV relacionada aos aspectos emocionais pressupõe que possam ter vivenciado algum estado de motivação, amparadas pela fé, o que favoreceu estarem espiritualmente bem, conforme esses resultados.

Aspectos físicos

A QV relacionada aos aspectos físicos foi considerada regular, notadamente nas mulheres aposentadas, ensino fundamental completo ou incompleto, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes. Contudo, evidenciou-se QV boa nas mulheres adultas, e ruim nas casadas.

Neste domínio, tivemos variações que se estenderam de níveis ruim, regular e bom. Este domínio trata-se da influência que a saúde física pode exercer sobre o trabalho ou alguma atividade regular.

Em relação aos aspectos físicos, estes dados se assemelham com resultado de estudo que avaliou a QV de mulheres portadoras de câncer ginecológico e mama, com base no questionário *WHOQOL – bref*, que apresentou como resultado mais comprometido o domínio físico. Este achado pode estar diretamente relacionado ao fato de que o diagnóstico de câncer e o seu tratamento podem trazer impactos significativos na qualidade de vida desses pacientes, devido a uma série de sinais e sintomas provocados pela doença, o que pode resultar em comprometimento físico nas mulheres (FERREIRA *et al.*, 2015)

Saúde mental

Quanto à saúde mental, identificou-se boa QV marcadamente nas mulheres adultas, casadas, ensino fundamental completo e incompleto, ocupantes de atividades próprias do lar, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes. Este domínio inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento, descontrole emocional e bem-estar psicológico. Entende-se por saúde mental a sensação de estar bem consigo mesmo e com os outros, e a capacidade de lidar de forma positiva com as adversidades, sofrendo influências dos aspectos social e físico, espiritualidade e comunicação com os prestadores de serviços médicos (SIMEÃO *et al.*, 2013).

Os resultados evidenciaram uma boa QV em relação às mulheres destacadas acima. As relações familiares estabelecem segurança, favorecendo apoio para o enfrentamento da doença, desde o diagnóstico até tratamento, e estabelecem segurança, permitindo que sentimentos em estar amparado pela família e amigos, de não estar sozinho, tornam a vivência com o câncer menos dolorosa e com mais confiança e entusiasmo para continuar ultrapassando as barreiras deste momento tão delicado.

As mulheres casadas tiveram saúde mental boa, em relação às solteiras. O fato de ter uma relação estável, ter um companheiro para dividir angústias, medos, tristezas, pode favorecer uma melhor percepção de enfrentamento da doença.

Em estudo que teve como objetivo investigar inter-relações entre bem-estar espiritual, depressão e qualidade de vida durante o enfrentamento do câncer, foi evidenciada a qualidade de vida no que se refere ao domínio das relações sociais, ao domínio físico e ao domínio geral, e apresentou resultados mais próximos do nível satisfatório (nível bom), o que parece indicar um fortalecimento das relações entre familiares/amigos próximos e o paciente e uma busca aparentemente considerável pela melhora do estado de saúde do sujeito e de sua qualidade de vida (MIRANDA; LARA; LANA, 2015).

Outras suposições relacionadas ao bom desempenho da amostra do estudo podem estar relacionadas também ao fortalecimento de vínculos por meio de grupos de apoio, nos quais a troca de experiências, construção de novos vínculos de amizade, informações sobre o processo da doença podem favorecer o esclarecimento de dúvidas e, conseqüentemente, proporcionar uma melhor condição de enfrentamento da doença. Simeão *et al.* (2013) demonstraram em seu estudo aspectos como estes, que podem favorecer o processo de enfrentamento da doença.

Além disso, conteúdo das percepções sobre a doença está relacionado à natureza das ameaças para a saúde do indivíduo. O modelo do Senso Comum (LEVENTHAL *et al.* 2010) postula que a maneira como o sujeito pensa sobre seu problema de saúde e, conseqüentemente, se comporta diante dele, tem relação com a percepção que ele tem da doença (CASTRO *et al.*, 2015).

O modelo mental das percepções é construído por cada pessoa, com base na realidade e na sua percepção de condição de saúde. Deste modo, a natureza e a organização das percepções podem conduzir a pessoa a comportamentos relacionados à sua saúde e ao modo como o paciente enfrenta a sua doença (LEVENTHAL *et al.*, 2010).

Dessa forma, constatamos a grande importância das relações afetivas, o apoio familiar para o bom desempenho e estado da saúde mental de mulheres com câncer de colo do útero, de modo a promover o enfrentamento seguro e tranquilo que envolve todo o processo da doença.

Vitalidade

A QV inerente a este domínio foi admitida regular acen-tuadamente nas mulheres adultas, casadas, ensino fundamental completo e incompleto, ocupantes de atividades próprias do lar, renda mensal de 1 a 2 salários mínimos vigentes. Este domínio está diretamente relacionado ao vigor, à energia, à disposição, com os aspectos físicos. Este domínio retrata a sensação de vigor, com senti-mentos de força de vontade, muita energia e cansaço presentes nos períodos do tempo durante o dia.

A análise dos seguintes dados permitiu concluir que o câncer de colo do útero, associado à insuficiência renal, afetou a QV das mulheres estudadas e atingiu conceitos e níveis variados de acordo com cada domínio do instrumento SF 36. Houve variação de esco-res que foi de regular, boa e ótima QV, relacionada a cada domínio. Dentre os 8 domínios estudados, o que apresentou melhor relação com a QV foi o domínio dos Aspectos Emocionais. Por outro lado, o domínio que apresentou relação menos satisfatória, com escore regular, foi o domínio dos Aspectos Sociais.

CONCLUSÕES

As diversas abordagens expostas no presente trabalho, acerca de uma temática tão relevante, possibilitaram grandes reflexões, em vários âmbitos. No âmbito da saúde, ainda nos deparamos com um Sistema Único de Saúde marcado por fragilidades, no qual os seus

princípios doutrinários, que defendem a integralidade, universalidade e equidade da garantia aos serviços de saúde à população brasileira, não são atendidas conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990).

A realidade do nosso país é marcada por discrepâncias socioeconômicas, visto que nos deparamos com elevados índices de analfabetismo, desemprego, carência de serviços de saúde de qualidade, violência extrema, corrupção. Recursos destinados às diversas áreas são desviados pelos governantes e a parcela carente da população fica de mãos atadas sem condições dignas de viver. De um lado, governantes ostentando riquezas ilícitas; do outro lado, governados à margem da pobreza.

Essa realidade vai ao encontro da problematização do câncer do colo do útero e seu contexto social, no qual mulheres de baixa escolaridade, baixa renda, desempregadas, são as mais vulneráveis. Estratégias resolutivas que visem à redução da incidência do câncer de colo uterino necessitam de maior atenção e de adequabilidade às carências, realidades e contextos em que esta população mais vulnerável está inserida. Evidencia-se com estes resultados e o de outras pesquisas, que o exame preventivo de Papanicolau é a principal estratégia de controle deste tipo de câncer que acomete as mulheres. No entanto, as barreiras que impedem a maior adesão a este método precisam ser ultrapassadas de forma a torná-la cada vez mais presente no cotidiano da vida das mulheres.

A realização deste trabalho representou a possibilidade de conhecer mais detalhadamente sobre os principais aspectos relacionados ao câncer de colo uterino, sua incidência e o forte impacto deste na qualidade de vida das mulheres aqui representadas. Ainda nos deparamos com grandes desafios a serem superados em relação às barreiras de acesso ao exame preventivo, a falta de informação que grande parcela da população feminina do Brasil ainda apresenta sobre os riscos e as formas de prevenção deste agravo e sua forte relação com o HPV.

A promoção da saúde é uma estratégia que precisa ser mais fortalecida entre os profissionais da saúde. Estes devem utilizar recursos estratégicos e eficazes que promovam a educação em saúde das mulheres, de forma a estimular e fazerem-nas empoderadas como agentes transformadoras de sua saúde.

Portanto, há necessidade de medidas que visem a contribuir para uma melhor Qualidade de Vida dessas mulheres, sendo necessário que a equipe multidisciplinar adote estratégias que visem a melhorar os domínios que foram afetados, de forma a promover uma QV, de um modo geral, satisfatória. Os resultados deste estudo possibilitarão uma reflexão crítica entre os profissionais que cuidam de mulheres com estes agravos, com vista ao (re)planejamento das ações de cuidado direcionadas para a condução dessas mulheres à conquista de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, I. R. *et al.* Desigualdades regionais na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: tendências e projeções até o ano 2030. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 253-262, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Avaliação de Indicadores das Detecções Precoce dos cânceres do Colo do útero e de Mama**- Brasil e Regiões. Rio de Janeiro – RJ, 2015. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_2013.pdf>

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e da Mama**. 2º ed. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília- DF, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uter_2013.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Onde tratar pelo SUS**. / INCA, Rio de Janeiro–RJ, 2015. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/ondetratarsus/CE>> Acesso em: 15 novembro. 2016.

BRENNNA, S. M. F. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-914, 2001.

CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M.; LEITE, F. S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: Visão das usuárias com alteração na citologia oncótica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, 2015.

CASTRO, E. K. *et al.* Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 359-372, 2015.

CICONELLI, R., M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida** “*Medical outcomes study 36- Item short- Form Health Survey (SF-36)*”. 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CORRÊA, C. S. L., GUERRA, M. R., LEITE, I. C. G. Qualidade de vida em mulheres submetidas a tratamento para o câncer do colo do útero: uma revisão sistemática da literatura. **Femina**. v. 41, n.3 p. 1-12, 2013.

DALLABRIDA, F. A.; LORO, M. M.; ROSANELLI, C. L. S. P., MAZZUCO, M. Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero., **Rev. Rene.**, v. 15, n. 1, p. 116-22, 2014.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de Papanicolaou. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 296-302, 2005.

DIAS, E. G.; SANTOS, D. D. C.; DIAS, E. N. F.; ALVES, J. C. S.; SOARES, L. R. Perfil socioeconômico e prática do exame de prevenção do câncer do colo do útero de mulheres de uma unidade de saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 7, n. 4, p. 1-12, 2015.

FERREIRA, V. A.; SILVEIRA, I. N. T.; GOMES, N. S.; RUIZ, M. T. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Rev.Rene.**, v. 16, n. 2, p. 266-74, 2015.

GIRIANELLI, V. R.; GAMARRA, C. J.; SILVA, G. A. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 459-467, 2014.

GUERRERO, G. P. *et al.* Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

HERACLIO, S. A. *et al.* Prevalência da lesão HPV induzida em canal anal de mulheres com neoplasia intraepitelial cervical 2 e 3: um estudo de corte transversal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. 480-485, 2015.

- JUVER, J. P. S.; VERCOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 58, n. 3, p. 287-298, 2008.
- LEITE, M. F.; VITTA, F. C. F.; CARNAZ, L.; CONTI, M. H. S.; MARTA, S. N.; GATTI, M. A. N.; PENTEADO, S. F. A.; SIMEÃO, A. V. Conhecimentos e prática das mulheres sobre câncer de colo do útero de uma unidade básica de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 2, p. 208-213, 2014.
- LEVENTHAL, H. *et al.* Lay representations of illness and treatment: A framework for action. In: **Handbook of behavioral medicine**. Springer, New York, NY, p. 137-154, 2010.
- MASCARELLO, K. C.; SILVA, N. F.; PISKE, M. T.; VIANA, K. C. G.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 58, n. 3, p. 417-26, 2012.
- MIRANDA, S. L.; LANNA, M. A. L.; FELIPPE, W. C. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.
- MOURA, A. D. A.; SILVA, S. M. G. S.; FARIAS, L. M.; FEITOZA, A. R. Conhecimento e motivações das mulheres acerca do exame de Papanicolaou: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista RENE**, v.11, n.1, p.94-104, 2010.
- NICOLAU, A. I. O.; AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, K. B. Determinantes sociais proximais relacionados ao câncer cervicouterino em mulheres privadas de liberdade. **Rev. Min. Enferm.**, v.19, n.3, jul/set, p.725-732, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 04 de outubro 2016.
- NOGUEIRA, R. T. E.; VIEIRA, É. B. M.; SOUSA, L. H. A.; GARCIA, J. B. S. Situação difícil em dor oncológica: dor do tipo breakthrough. **Rev. Dor**, [online]. v.15, n.1, p. 41-47, 2014.
- PANZINI, R. G. *et al.* Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 153-165, 2011.
- SALCI, M. A.; MARCON, S. S. Enfrentamento do câncer em família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, n.20, p.178-86, 2011.
- SANTOS, A. L. A.; MOURA, J. F. P.; SANTOS, C. A. A. L.; FIGUEIROA, J. N.; SOUZA, A. I. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com Câncer do Colo do Útero em Tratamento Radioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia.**, v. 58, n. 3, p. 507-515, 2012.
- SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; CHAVES, L. D. B.; TANAKA, O. Y. Integralidade no Cuidado ao Câncer do Colo do útero: Avaliação de Acesso. **Rev.SaúdePubl.**, v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

SIMEÃO, S. F. A. P *et al.* Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SIMONSEN, M. *et al.* Presença de sintomas no momento do diagnóstico da recorrência do câncer do colo do útero está relacionada com pior prognóstico?. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 569-574, 2014.

SOARES, L. G. L.; **Dor em Paciente com Câncer**. Im: CAVALCANTI I. L.; MADDALENA, M. L. Dor. 1a Ed., Rio de Janeiro: SAERJ, 285-299, 2003.

SOARES, M. L. C. A. *et al.* The healing cost: comfort and discomfort experiences of women undergoing brachytherapy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 317-323, 2016.

STÖFLER, M. E. C. W.; NUNES, R. D.; SCHNEIDER, I. J. C. Avaliação de fatores associados às lesões HPV induzidas do colo uterino. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.40, n. 3, p. 1-12, 2011.

TRALDI, M. C.; GALVÃO, P.; MORAIS, S. S.; FONSECA, M. R. C. C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive Cervical Cancer Control**. A guide Essential Practice. 2^o edition, Geneve, 2014a. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf> Acesso em: 05 de março 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Human Papillomavirus Humano and Related Cancers in the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) Countries**. Information Centre Report. November, 2012. Disponível em: <http://www.hpvcentre.net/link_media/GAVI_Report_2012_doc.pdf> Acesso em abril, 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre)**. Human Papillomavirus and Related Cancers in Brazil. Summary Report 2010. Acesso em: 10 de abril 2016. Disponível em <www.who.int/hpvcentre> Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological Record. Human papillomavirus vaccines**: WHO positionpaper. October, 2014b. Disponível em:< <http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>> Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À MULHER PORTADORA DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Raimunda Magalhães da Silva

Livia de Castro Pinheiro

Maria Ileiny Camara de Andrade

Joana Mendes de Andrade Augusto Lima

Conceição de Maria Albuquerque

Jonas Loiola Gonçalves

INTRODUÇÃO

O vírus HIV (human immunodeficiency virus), também conhecido como vírus da Imunodeficiência Humana, é um retrovírus que possui capacidade de transformar o ácido ribonucleico (RNA) em ácido desoxirribonucléico (DNA). As células mais acometidas são os linfócitos T, pois possuem receptores CD4+ que reconhecem o vírus e se replicam infectando outras células presentes, sendo responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA) (MAGALHÃES *et al.*, 2015).

De acordo Ferreira *et al.* (2015), a infecção pelo HIV/SIDA é considerada um grave problema de saúde pública, em decorrência do crescimento excessivo da infecção na população. Embora as conquistas e avanços obtidos tenham sido bastante significativos, ainda há muito a se fazer, no que tange à prevenção e à diminuição no número de óbitos.

Os dados do quadro de estatísticas globais sobre HIV mostram que mundialmente 36,9 milhões de pessoas conviviam com o vírus em 2017. De acordo com o Ministério da Saúde, nesse mesmo ano, foram diagnosticados no Brasil 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de SIDA, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos (Siscel)/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). No período de 1980 a junho de 2018, foram totalizados 18,3/100.000 habitantes e 982.129 novos casos no país. No Ceará, totalizaram-se 535 novos casos no ano de 2017, destes, 154 foram diagnosticados em gestantes (BRASIL, 2018).

Estudos mostram o aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV, elevando conseqüentemente o índice de transmissão vertical do vírus, sendo evidenciado como principal motivo de infecção pelo vírus HIV no Brasil em menores de 13 anos, com 99,6% dos casos a transmissão vertical. Muitas medidas de prevenção foram desenvolvidas no que se refere à transmissão do vírus da mãe para o filho (LEAL; ROESE; SOUSA, 2012; JORDÃO *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2017).

Conforme Rosa, Souza e Silva (2011), a transmissão vertical do vírus da Imunodeficiência Humana pode ocorrer em períodos diferentes, sendo estes: intraútero, intraparto e no pós-parto, por meio do contato com as secreções cérvico-vaginais, sangue da mãe ou por meio da amamentação, respectivamente. Este tipo de transmissão pode ocorrer em 25,5% dos casos, sem intervenções, podendo ser reduzida para níveis abaixo de 2%, se atividades preventivas e educativas forem desenvolvidas (MIRANDA *et al.*, 2016).

Neste cenário, destaca-se o profissional enfermeiro que atua diretamente na prevenção, acolhimento e reconhecimento da transmissão vertical do vírus da Imunodeficiência Humana, responsável por prestar assistência direta e contínua a essas mulheres. O enfermeiro realiza atividades com o intuito de prevenir a doença

desde a execução da testagem anti-HIV até o direcionamento para o tratamento profilático do recém-nascido exposto e da gestante com diagnóstico de HIV (MARIA *et al.*, 2017).

Diante do exposto, mostrou-se a necessidade de atividades educativas e dialogadas, aliadas ao conhecimento das gestantes e puérperas soropositivas referente ao HIV. A carência de ações repercute na vulnerabilidade do binômio mãe-filho. O papel do enfermeiro, no atendimento da mulher soropositiva, consiste na orientação dessas mulheres quanto a um melhor estilo de vida, possibilitando-lhes o sentimento de acolhimento e proteção (COSTA, 2015).

Diante de uma análise prévia de busca na literatura, observaram-se lacunas a respeito do tema. Portanto, para uma maior compreensão e discussões acerca desse assunto, e com o intuito de guiar os profissionais da área da saúde, sobretudo os enfermeiros, justifica-se o aprofundamento do conhecimento para prevenir a transmissão vertical e sensibilizar os profissionais da assistência.

Para tanto, questionou-se sobre as evidências científicas publicadas acerca do papel do enfermeiro na prevenção, na identificação e no tratamento da transmissão vertical do HIV.

Neste contexto, o estudo objetivou analisar o papel do enfermeiro na prevenção, identificação e tratamento da transmissão vertical do HIV, nas evidências científicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa, com abordagem qualitativa. Este método inclui a análise de estudos representados por ser um método capaz de encontrar lacunas de conhecimento, definir agendas de pesquisa e detectar meios que resultem na tomada de decisões (TRICCO *et al.*, 2019).

Consideram-se as etapas de elaboração como: criação da pergunta problema; busca na literatura; seleção dos artigos; orga-

nização e extração dos dados; análise da qualidade metodológica; síntese dos dados; avaliação da qualidade das evidências; produção escrita; e publicação dos resultados (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

O levantamento bibliográfico foi realizado em fevereiro de 2019, nas seguintes bases de dados: Pubmed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e SCIENCE DIRECT, por meio da combinação dos seguintes descritores: Transmissão Vertical de Doença Infecciosa (Infectious Disease Transmission Vertical) 'and' Infecções por HIV (HIV Infections) 'and' Enfermagem (Nursing).

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra, optou-se por artigos completos disponíveis eletronicamente nas bases de dados, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2009 a 2018. Como critérios de exclusão, usou-se duplicidade de artigos e os que não apresentavam confiabilidade quanto ao nível de publicação.

Para avaliar os estudos quanto ao nível de confiabilidade, utilizou-se a classificação de Oxford Centre Evidence Based Medicine: Revisões sistemáticas e meta-análises de ensaios clínicos comparáveis (1A); Estudos controlados randomizados com estreito intervalo de confiança (1B); Estudo de série de casos controlados (1C); Revisão sistemática homogênea de estudos de coorte (2A); Estudo de coorte com pobre qualidade de randomização, controle ou sem acompanhamento longo, estudo de coorte transversal (2B); Resultados de pesquisas (2C); Revisão sistemática de estudos de caso com grupo-controle (3A); Relatos de caso e série sem definição de caso controle (4) (OXFORD, 2009).

Para a construção do artigo, aplicou-se o método Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA). Não obstante, o Prisma (Figura 1) colabora para a transparência de uma revisão sistemática da literatura, tendo como objetivo principal o auxílio e a melhoria da comunicação de revisões sistemáticas (MOHER *et al.*, 2015).

Dos 842 artigos selecionados para triagem, foram excluídas 593 publicações. Destes, restaram 249 estudos. Após a leitura do título e do resumo, excluíram-se 241 por não atenderem à pergunta da pesquisa. Assim, restaram oito artigos elegíveis para leitura na íntegra, conforme detalhado na figura abaixo.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos, adaptado a partir das recomendações PRISMA (MOHER *et al.*,2015).

| | | |
|----------------------|-------------|-------------|
| Identificação | (n=1100) | Excluídos |
| | CINAHL: 09 | CINAHL: 00 |
| | PUBMED: 227 | PUBMED: 78 |
| Triagem | (n=842) | Excluídos |
| | CINAHL: 09 | CINAHL: 00 |
| | PUBMED: 149 | PUBMED: 287 |
| Elegibilidade | (n=249) | Excluídos |
| | CINAHL: 09 | CINAHL: 07 |
| | PUBMED: 80 | PUBMED: 76 |
| Inclusão | (n=8) | |
| | CINAHL: 02 | |
| | PUBMED: 04 | |

RESULTADOS

Dos oito artigos selecionados para compor o estudo, sete são do idioma inglês e um artigo em português. Quanto ao ano de publicação, um foi publicado em 2011; dois em 2015, um em 2016, um em 2017 e um em 2018, respectivamente. Quanto ao nível de evidência dos estudos, todos se classificaram em nível 2C.

A seguir, apresentam-se no Quadro 1 os oito artigos incluídos no estudo, separados por título, periódico publicado, ano de publicação, país, idioma e nível de evidência.

Quadro 1 – Descrição dos artigos incluídos no estudo.

| TÍTULO | REFERÊNCIA/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA | MÉTODO | OBJETIVO | CONCLUSÃO |
|--|---|----------------------------------|--|--|
| Understanding what is lived by the being-couple in face of the prophylaxis of vertical HIV transmission. | Langendorf et al./ Rev Gaúcha Enferm. /2015/Brasil/ Inglês/2C | Investigação Fenomenológica | Compreender, na perspectiva do casal, a vivência dos cuidados para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. | O enfermeiro e os demais profissionais da Saúde na prática assistencial devem valorizar a subjetividade, recomenda-se ampliar o cuidado para atenção ao casal, não apenas a mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, para que o casal possa ser protagonista dos cuidados de saúde decorrentes da infecção pelo HIV. |
| A Study to Assess the Knowledge and Attitude of Staff Nurses Regarding the Inhibition of Vertical Transmission of Hiv at a Selected Maternity Hospital, Bangalore. | Huidrom; Dhanalakshmi./ International Journal of Nursing Education/ 2018/ Índia / Inglês/2C | Descritivo não experimental | Avaliar o conhecimento e a atitude dos enfermeiros da equipe em relação à inibição da transmissão do HIV em um Hospital Maternidade. | As variáveis demográficas tais como idade e anos de experiência de trabalho em maternidade enfermaria mostra associação significativa com o nível de conhecimento dos enfermeiros da equipe sobre a inibição da transmissão vertical do HIV. |
| High vertical HIV transmission rate in the Midwest region of Brazil. | Matos et al./ The Brazilian Journal of INFECTIOUS DISEASES/ 2018/ Brasil/ Inglês/2C | Estudo Descritivo Epidemiológico | Estimar a taxa de transmissão vertical do HIV em uma capital da região Centro-Oeste do Brasil e descrever os fatores relacionados à transmissão. | Intervenções recomendadas não foram totalmente adotadas. A sobrecarga de atividades de enfermagem na unidade onde os bebês expostos foram acompanhados foi uma dificuldade para o fechamento dos casos, juntamente com o abandono do monitoramento. |
| The potential of task-shifting in scaling up services for prevention of mother-to-child transmission of HIV. | Naburi et al./ Human Resources for Health/ 2017/ Alemanha/ Inglês/2C | Estudo Descritivo Observacional | Estimar o potencial de mudança de tarefas na prestação de serviços de transmissão vertical para reduzir os custos do trabalho dos enfermeiros e do sistema de saúde. | A sobrecarga de atividades dos enfermeiros ocasionou uma dispersão dos mesmos na realização de tarefas especializadas de transmissão vertical de HIV, aumentando assim o custo médio por paciente soropositivo. |

| | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|---|
| Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives. | Kumwenda et al./ Malawi Medical Journal/ 2017/ Malawi/ Inglês/2C | Estudo Transversal de método misto | Explorar e descrever as percepções dos trabalhadores de saúde em relação aos dados de prevenção da transmissão mãe-filho do HIV na unidade de saúde. | Na percepção dos profissionais de saúde, é necessário que os gestores promovam e ofertem informação, através do fornecimento do feedback das ações realizadas, pois isso contribuirá indiretamente na melhora da prevenção da transmissão vertical de HIV. |
| Delays, interruptions, and losses from prevention of mother-to-child transmission of HIV services during antenatal care in Johannesburg, South Africa: a cohort analysis. | Schnippel et al./ BMC Infectious Diseases/ 2015/ Estados Unidos / Inglês/2C | Estudo Observacional de Coorte | Avaliar a adesão de mulheres grávidas infectadas pelo HIV aos serviços recomendados de prevenção de transmissão vertical, após a primeira consulta de cuidados pré-natais. | Encontraram várias lacunas no tratamento, uma vez iniciado. A consolidação de registros e adequação dos registros clínicos às diretrizes atuais continua sendo um importante primeiro passo para identificar a causa dos atrasos. |
| A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized service: cross-sectional study. | Hoffmann et al./ São Paulo Med J/ 2016/ Brasil/ Inglês/2C | Estudo Transversal | Avaliar as taxas de transmissão vertical do HIV em um serviço especializado e identificar os fatores associados | A taxa de transmissão vertical apresentou-se elevada e as medidas de intervenção não foram adotadas conforme recomendado. Os profissionais de saúde inclusive o enfermeiro, necessitam implementar na prática assistencial o processo de prevenção, controle e tratamento das pessoas acometidas pelos vírus HIV, pois com isso teremos redução significativa da transmissão vertical do HIV. |
| Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. | Zimmerman et al./ Rev Bras Ginecol Obstet/ 2011/ Brasil/ Português/2C | Estudo Transversal de Coorte | Verificar a frequência de testes anti-HIV realizados no pré-natal e parto bem como a avaliação da implantação das diretrizes do Ministério da Saúde na prática das emergências obstétricas. | Embora sejam estabelecidas medidas pelo Ministério da Saúde, ainda encontram-se lacunas na abordagem destas gestantes. Apenas com o envolvimento dos gestores e a capacitação dos profissionais será possível o direcionamento correto de ações que possibilitem a prevenção efetiva da transmissão vertical do HIV. |

Fonte: Dados pesquisados nas bases de dados CINAHL, Pubmed, Lilacs e Science Direct.

DISCUSSÃO

Ao analisar as publicações, notou-se que o enfermeiro tem fundamental importância em relação à transmissão vertical do HIV, sendo observado profissionalmente tanto a prática do cuidar como também o papel de educador, com enfoque na prevenção da transmissão vertical da doença. O profissional é capaz de minimizar possíveis complicações, orientando na terapia farmacológica prescrita e/ou adesão ao tratamento como um todo e na resolução de problemas que vierem a surgir.

A assistência pré-natal corresponde à prevenção e à detecção precoce de disfunções maternas e fetais. Se conduzida corretamente, é possível solucionar complicações obstétricas e prevenir danos, assegurando um desenvolvimento saudável do bebê intra-útero e um nascimento seguro (LEAL *et al.*, 2015).

A detecção precoce da infecção pelo HIV na gestação possibilita a tomada de decisões que diminuem significativamente o risco de transmissão vertical do vírus. A testagem e o aconselhamento são imprescindíveis e integram o cuidado no pré-natal (SILVA *et al.*, 2017).

Segundo Matos *et al.* (2018), das transmissões verticais do HIV encontradas em seu estudo, nenhuma teve ligação direta com o pré-natal e/ou a profilaxia antirretroviral durante a gravidez e durante o trabalho de parto. Os resultados foram provenientes de crianças expostas que não receberam a profilaxia antirretroviral ou receberam de maneira incompleta. Os autores também demonstraram a importância do acompanhamento pré-natal e o uso da terapia antirretroviral de acordo com o Programa Brasileiro de DST/AIDS, pois as mesmas não estão sendo executadas adequadamente. Acredita-se que os dados obtidos tenham associação com a sobrecarga de trabalho da enfermagem e a falta de registros nos prontuários da instituição pesquisada.

Com o intuito de avaliar a frequência da realização de testes rápidos anti-HIV durante o pré-natal e de gestantes internadas para

o parto, este estudo mostrou que 87,6% do rastreamento foi feito no momento do pré-natal e 25,7% tinham efetuado o teste há mais de seis meses após a internação. Destes, dez (1,4%) gestantes tiveram resultado positivo, sendo que somente duas haviam recebido terapia TARV em esquema tríplice durante o pré-natal, pois já sabiam previamente que eram soropositivas ao HIV (ZIMMERMMANN *et al.*, 2011).

Ainda de acordo com Zimmermann *et al.* (2011), quando a paciente tem somente o teste rápido para diagnosticar a doença, a assistência tende a ficar afetada, pois seu estudo teve como resultado um total de oito gestantes soropositivas que não receberam a profilaxia durante o pré-natal, representando um comprometimento das soropositivas e um fracasso parcial na prevenção da transmissão vertical do HIV.

Segundo um estudo realizado por Schnippel *et al.* (2015), na África do Sul, para eliminar a possibilidade da transmissão vertical, é necessário que se implemente a utilização de serviços específicos e a adesão antecipada das diretrizes e do tratamento profilático da terapia antirretroviral, testes laboratoriais, iniciação e a garantia de não faltar medicamentos.

Rodrigues (2018) reitera a importância da profilaxia para a redução da transmissão do HIV de mãe para filho. Os antirretrovirais são capazes de reduzir em aproximadamente 1,6 milhão de novas infecções, apesar disso, ainda é necessário intensificar esforços para eliminar a transmissão. A quimioprofilaxia com zidovudina deverá ser administrada preferencialmente de imediato após o nascimento e a indicação da associação com a nevirapina, com início nas primeiras 48 horas de vida.

Huidrom e Dhanalakshmi (2018) avaliaram o conhecimento e a atitude dos enfermeiros em relação à prevenção da transmissão vertical do HIV em uma maternidade de Bangalore. Tal estudo revelou que mais da metade dos enfermeiros tem conhecimento moderado e atitude desfavorável em relação à inibição da transmis-

são vertical do HIV, com um percentual de 86,7% (52). O mesmo estudo demonstra que os enfermeiros estão desempenhando um papel importante na prevenção de doenças e na promoção da saúde também, no entanto, o conhecimento destes deve ser melhorado e ações que forneçam a educação em serviço, realização de workshops e conferências precisam ser realizadas.

O enfermeiro tem pautado em sua formação uma postura ética, cultural e filosófica, que não leva em consideração somente as questões biológicas em seus atendimentos, mas também orientações e apoio emocional a essas pacientes e aos seus familiares. Neste contexto, as ações executadas pelo profissional podem reduzir o estigma e estabelecer um compromisso de base sólida para estreitar as relações de cuidado, tornando-as produtivas e efetivas (FEITOSA *et al.*, 2018).

Os autores Naburi *et al.* (2017) e Kumwenda *et al.* (2018) demonstraram em seus resultados uma relação entre a mudança na quantidade de tarefas realizadas pelo enfermeiro na prestação de serviços na prevenção da transmissão vertical do HIV com os custos no sistema de saúde, pois a diminuição da sobrecarga dos profissionais faz com que realizem com qualidade o serviço, diminuindo assim os gastos com os pacientes soropositivos.

Naburi *et al.* (2017) avaliaram um total 1.121 tarefas relacionadas à prevenção da transmissão vertical realizadas por enfermeiros envolvendo 179 gestantes de 26 unidades de saúde. Durante as consultas de pré-natal, foi visto que 22% dos enfermeiros gastaram maior parte do tempo em documentação, no preenchimento dos registros. Os enfermeiros passam grandes proporções de seu tempo em tarefas que poderiam ser transferidas diretamente para o cuidado e orientações sobre a transmissão vertical.

Um estudo semelhante, que buscou explorar e descrever as percepções dos trabalhadores de saúde em relação à prevenção da transmissão vertical de HIV e explorar lacunas e desafios percebidos dos profissionais de saúde, mostrou a importância da utilização

dos registros em prontuários, pois é por meio desses registros que se comprovam o atendimento clínico, o planejamento, a evidência de conclusão do trabalho e os relatórios. Com base nesse estudo, foi possível observar que os enfermeiros são considerados como pessoal principal na prevenção de transmissão vertical em HIV em suas atividades diárias (KUMWENDA *et al.*, 2018).

Além disso, Kumwenda *et al.* (2018) trouxeram informações de enfermeiros relatando os obstáculos enfrentados na prevenção da transmissão vertical em HIV, citando a falta de treinamento, trabalho em equipe, atitude negativa em relação à informação de tarefas de gerenciamento e sobrecarga de trabalho.

Estudo realizado por Hoffmann *et al.* (2016) observou no serviço especializado uma taxa de 2,4% de transmissão vertical, sendo três crianças acometidas por transmissão vertical do HIV. O principal fator agravante foi o uso de drogas injetáveis pelas gestantes. Descobrimto tardio da gravidez, ausência de terapia antirretroviral durante a gravidez, ausência de cuidados e acompanhamentos pré-natais adequados, impossibilidade em realizar testes para a detecção de carga e contagem de células T CD4+ e possíveis agravamentos clínicos obstétricos e maternos também foram citados no estudo.

Dessa maneira, os profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, necessitam implementar na prática assistencial o processo de prevenção, controle e tratamento das pessoas acometidas pelos vírus HIV. Realizar o tratamento preventivo em gestantes infectadas pelo HIV expressa que a profilaxia da terapia antirretroviral, a cesárea programada e a não amamentação reduzem significativamente a transmissão vertical do HIV (HOFFMANN *et al.*, 2016).

No que tange ao aconselhamento, o estudo realizado por Langendorf *et al.* (2015) buscou compreender, na perspectiva do casal, a vivência dos cuidados para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e mostrou que o aconselhamento é fundamental para

este público, mas que se apresenta de forma complexa. Para que se tenha eficácia na assistência, é necessário que se leve em consideração condições gerais de saúde, como a educação continuada dos profissionais, e as características específicas de cada cliente. Recomenda o estudo que o profissional não leve em consideração somente a mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, mas todo o contexto em que ela está inserida, inclusive apoiando o casal, para que estes possam ser protagonistas dos cuidados de saúde referentes à infecção pelo HIV, comprometidos com os modos de transmissão, prevenção e tratamento.

Evidências mostram que o aconselhamento e a educação em saúde são métodos eficazes para a profilaxia da transmissão vertical. A falta das atividades educativas direcionadas às gestantes e às puérperas soropositivas aumenta consideravelmente a vulnerabilidade do binômio mãe-filho. Por meio da educação em saúde, é possível transferir aos envolvidos uma consciência crítica e reflexiva que possibilite o cuidado de si e de seus familiares, pois nesses momentos são dadas explicações sobre os exames e feitas as orientações referentes à transmissão vertical (MARIA *et al.*, 2017).

CONCLUSÃO

Com a análise das evidências, foi possível constatar que o profissional enfermeiro tem um papel indiscutível nesse processo de prevenção de transmissão vertical em HIV. O enfermeiro atua como educador na prática do cuidado, na promoção da saúde, com enfoque na prevenção da transmissão vertical da doença. Poderá minimizar possíveis complicações, como orientação da terapia farmacológica prescrita e/ou adesão ao tratamento como um todo e na resolução de problemas.

Nos estudos foram encontrados alguns obstáculos que dificultam a atuação do enfermeiro em relação à prevenção da trans-

missão vertical em HIV, dentre os quais se evidenciaram a sobrecarga de trabalho e a falta de treinamento específico na área nas unidades de serviço.

Os estudos dão enfoque à importância do acompanhamento do pré-natal e ao uso da terapia antirretroviral na gestação. Enfatizam também que o profissional deve intensificar ações que visem à prevenção, ao controle e ao tratamento de pessoas infectadas com o vírus HIV na prática assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 2018. 72p.

BRUM, J. W. A. *et al.* Parasitoses oportunistas em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.8-280, 2013.

CASTRO, D. **Acabando com a epidemia de AIDS**. Brasília: Unaidns no Brasil, 2018. 6 p. Disponível em: <<https://unaidns.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

COSTA, R. H.; SILVA, R. A.; MEDEIROS, S. M. Nursing care across the prevention of vertical transmission of HIV. **J Res Fundam Care.**, v.7, n.1, p. 2147-58. 2015.

FERREIRA, T. C. R. *et al.* Perfil Clínico e Epidemiológico dos Portadores do HIV/AIDS com Coinfecção de uma Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 419-431, 2015.

FEITOSA, L. *et al.* Attitudes and knowledge about aids and its meanings: integrative review. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Recife, v. 19, n. 2, p.422-434, 31 jul. 2018.

GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p.183-184, mar. 2014.

HUIDROM, C.; DHANALAKSHMI, A. A Study to Assess the Knowledge and Attitude of Staff Nurses Regarding the Inhibition of Vertical Transmission of HIV at a Selected Maternity Hospital, Bangalore. **International Journal Of Nursing Education**, Bangalore, v. 10, n. 2, p.117-1, 2018.

HOFFMANN, I. C. *et al.* A five-year review of vertical HIV transmission in a specialized service: cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, Santa Maria, v. 134, n. 6, p. 508-512, 2016.

JORDÃO, B. A. *et al.* Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 2, p.26-34, 2016.

KALEMBO, F. W. *et al.* Healthcare workers' perspectives and practices regarding the disclosure of HIV status to children in Malawi: a cross-sectional study. **Bmc Health Services Research**, Malawi, v. 18, n. 1, p.18-540, 2018.

KUMWENDA, W. *et al.* Information management in Malawi's prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Program: Health workers' perspectives. **Malawi Medical Journal**, Malawi, v. 29, n. 4, p.306-1, 2018.

LANGENDORF, T. F. *et al.* Understanding what is lived by the being-couple in face of the prophylaxis of vertical HIV transmission. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p.70-6, 2015.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Construção e Validação de cartilha para prevenção da transmissão vertical do HIV. **Acta Paul Enferm**, Fortaleza, v. 30, n. 2, p.9-181, 2017.

LEAL, A. F.; ROESE, A.; SOUSA, A. S. Medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV empregadas por mães de crianças o positivas. **Invest Educ Enferm**, Pelotas, v. 30, n. 1, p.44-54, 2012.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde M Atern. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p.91-104, 2015.

MARIA, D. M. N. S. M. D. *et al.* Transmissão vertical do hiv: reflexões para promoção da saúde e do cuidado de enfermagem. **Avances En Enfermería**, Fortaleza, v. 35, n. 2, p.179-187, 2017.

MAGALHÃES, C. V. *et al.* Modelagem matemática da imunologia de hiv: estudo das células de defesa ativada. **Proceeding Series Of The Brazilian Society Of Computational And Applied Mathematics**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.010062-1, 2015. MIRANDA, A. E. *et al.* Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p.1-2, 2016.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, Ottawa, v. 4, n. 1, p.1-9, 2015.

MATOS, V. T. G. *et al.* High vertical HIV transmission rate in the Midwest region of Brazil. **The Brazilian Journal Of Infectious Diseases**, Campo grande, v. 22, n. 3, p.177-185, 2018.

NABURI, H. *et al.* The potential of task-shifting in scaling up services for prevention of mother-to-child transmission of HIV: a time and motion study in Dar es Salaam, Tanzania. **Human Resources For Health**, Tanzania, v. 15, n. 1, p.1-11, 2017. OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE (Org.). **Levels of evidence**. 2009. Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxfordcentre-evidence-based-medicine-levels-evidencemar-ch-2009/>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

RODRIGUES, R. F. **Elaboração de Guia de Cuidados da Criança Nascida em um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro Exposta ao HIV**. 2018. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Unirio, Rio de Janeiro, 2018. ROSA, E. A.; SOUZA, H. J. S.; SILVA, J. C. Projeto nascer: o enfermeiro na prevenção da transmissão vertical do HIV. **Revista Recien**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.5-10, 2011.

SILVA, S. R. *et al.* Assistência a gestante portadora do vírus da imunodeficiência humana. **Revista Uningá Review**, Piauí, v. 30, n. 3, p.70-75, 2017.

SCHNIPPEL, K. *et al.* Delays, interruptions, and losses from prevention of mother-to-child transmission of HIV services during antenatal care in Johannesburg, South Africa: a cohort analysis. **Bmc Infectious Diseases**, Boston, v. 15, n. 1, p.1-7, 2015. TRICCO, A. C. *et al.* A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **Bmc Medical Research Methodology**, Toronto, v. 16, n. 1, p.15-16, 2016. ZIMMERMMANN, J. B. *et al.* Rastreamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana no momento do parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Juiz de Fora, v. 33, n. 4, p.5-170, 2011.

UMA PERSPECTIVA SOCIOEPISTEMOLÓGICA PARA O ESTÁGIO CURRICULAR NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR

*Maria Auxiliadora Lisboa Moreno Pires
Silvia Helena de Amorim Martins
Leonardo Lima Aleixo*

INTRODUÇÃO

No atual contexto de discussão sobre a formação de professor e a construção de um projeto de educação de qualidade, a pesquisa sobre o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) ganha relevância, na medida em que pode contribuir de fato para a melhoria da formação do professor. Essa formação deve estar sintonizada com as mudanças e os avanços da sociedade em geral.

Em tempos de educação mínima, a pesquisa do IBGE, na Bahia, em 2017, revela que apenas 38% dos estudantes, na Bahia, concluíram ao menos o ensino médio. Na Bahia, seis em cada dez adultos com mais de 25 anos não estudaram sequer até o ensino médio. Segundo os especialistas do IBGE, os dados revelam uma realidade brasileira em que, a partir dos 15 anos, os jovens começam a deixar de estudar, de frequentar a escola, antes mesmo de chegar ao ensino médio. A evasão da escola é alta, seja para o ingresso no mercado de trabalho, seja porque começam a repetir

os anos letivos, e desistem da escola. A escola não consegue atrair e manter os alunos, e, por outro lado, muitos deixam de estudar porque precisam trabalhar.

Nesse cenário, há necessidade urgente de formar professores para um mundo em transição, com uma ruptura no modelo tradicional de ensinar e aprender. Arriscamos dizer que nunca foi tão difícil educar como é hoje em dia. Professores, alunos e instituições de ensino terão de mudar seus modelos pedagógicos.

Este artigo focaliza as experiências vivenciadas pelos estudantes estagiários, no processo de sua formação inicial dos professores, nos cursos de licenciatura, experiências essas designadas por vários autores, Garcia (1999), Gebran (2006), Pimenta (2004), Nóvoa (2002), como prática de ensino, prática pedagógica ou estágios de ensino.

Particularmente, refere-se sempre à formação inicial, como espaço de formação pedagógica, de construção de uma prática de ensino investigativa, de ruptura, de transição de estudantes a professores que iniciam com os primeiros contatos com a realidade da escola básica, como assegura Garcia (2009), ainda nos cursos de graduação. Trata-se de um período de tensões e aprendizagens intensivas em contextos geralmente desconhecidos. Esse espaço de formação, acrescenta-se, é o espaço por excelência para agregar valor na construção do conhecimento, e recursos educacionais abertos de forma a criar um modelo educacional viável, mais inclusivo e plural, para capacitar nossos alunos para os desafios do século XXI.

Situa-se essa preocupação no âmbito geral da formação inicial, notadamente com a referência a críticas e propostas de mudanças presentes nos documentos oficiais sobre a formação dos professores, nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Licenciaturas e numa revisão de literatura abrangente, realizada para compreender o processo de formação de professores na perspectiva de configurar o ECS nas instituições pesquisadas no processo complexo da formação do futuro professor.

SOBRE A FORMAÇÃO INICIAL DOS PROFESSORES

A formação inicial dos professores tem sido objeto de inúmeros estudos e investigações, que dizem respeito à realização de várias pesquisas sobre a capacidade atual das instituições de ensino superior, responsáveis pela formação dos professores de atenderem às necessidades de uma formação profissional de qualidade.

A convivência com uma diversidade de intelectuais nos ajudou na configuração das experiências construídas no ECS nas instituições pesquisadas, na medida em que nos dispusemos a analisar as potencialidades e as limitações da prática pedagógica no próprio ECS, evidenciadas nas pesquisas e estudos recentes, bem como as críticas sobre a organização burocratizada do ECS (formulada por diversos professores participantes da pesquisa e verificadas ao pesquisar em escolas e universidades); o divórcio entre a teoria e a prática, somente, para começar a destacar alguns dos inúmeros problemas que emergiram da análise das informações obtidas na pesquisa é um dos desafios a ser enfrentado pelos professores formadores.

Para a realização do estudo e com a intenção de fazer emergir novas problematizações e novos conhecimentos sobre o ECS, além de possibilitar a ampliação dos modelos de análise utilizados nos vários documentos construídos na pesquisa, ficou clara para nós a necessidade de nos aproximar cada vez mais das escolas de Educação Básica e das práticas dos estudantes estagiários no contexto escolar, como uma forma de escuta e reflexão sobre o que ocorre nesse espaço.

Assim, por meio da análise dos documentos sobre a constituição dos cursos de Licenciatura nas instituições pesquisadas (UFBA, UEFS e UCSAL), no estado da Bahia, verificou-se o processo de investigação da configuração dos Estágios Supervisionados. Ampliou-se o estudo pensado e planejado inicialmente, incluindo-se depoimentos e narrativas dos professores, professores autores de livros sobre formação, professores supervisores do ECS (aposentados e na ativa), estudantes da Licenciatura, em particular, os estudantes estagiários.

Desta forma, constituem-se estudos de casos, para que os autores citados no quadro teórico e conceitual da pesquisa contribuíssem de fato para a ruptura epistemológica desejada, na compreensão das formas de pensar o ECS nos cursos, tanto no plano pessoal, aqui relacionado à construção da identidade docente e da formação e desenvolvimento profissional dos futuros professores.

Tomamos consciência das propostas de mudanças no ECS formuladas por professores e estudantes ouvidos na pesquisa, sinalizando para a urgência de soluções que revertam esse quadro fortemente apresentado na literatura, nas pesquisas mais recentes sobre a formação dos professores, uma formação incompleta, com lacunas graves nesse processo.

No modelo a seguir, estabelece-se uma representação esquemática da configuração do ECS, nos cursos de licenciatura, procurando destacar, através das diferentes bases identificadas na pesquisa, presentes nos documentos oficiais, nos documentos relativos aos cursos, incluindo os projetos políticos pedagógicos, os programas de ensino do ECS das instituições e as práticas relatadas pelos professores e estudantes estagiários.

Esse esquema visa auxiliar na análise do ECS por meio de um levantamento dos elementos apontados nessas bases indicadas no esquema, a seguir. Trata-se de uma classificação parcial, porém, que já possibilita a apresentação das categorias que os documentos oficiais buscam parametrizar ou que definem a priori como referências para os cursos de licenciaturas.

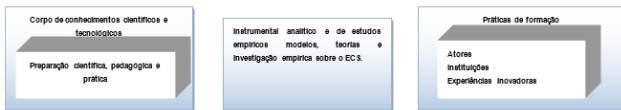
A representação no diagrama do ECS parte de três elementos gerais: um corpo de conhecimentos científicos e tecnológicos com os aportes teóricos que fundamentam a pesquisa; o instrumental analítico e os estudos empíricos dos modelos, teorias e investigações sobre o ECS; e as práticas de formação que envolvem os atores (professores, estudantes estagiários), as instituições e as experiências inovadoras.

Baseada no modelo proposto por Merton (1967, p.87) sobre o paradigma proposto para a sociologia do conhecimento, ampliaram-se as categorias para classificação e análise de estudos na sociologia do conhecimento, com enfoque nas bases propriamente ditas e não nas questões formuladas pelo autor no seu esquema.

As categorias, portanto, permitiram perceber a indicação de resultados contraditórios, por exemplo, nas bases pedagógicas do estudo, a explicitação do instrumental conceitual atualmente em uso (bases culturais e profissionais), a determinação da natureza de problemas que têm ocupado os estudiosos (bases legais, políticas e sociais), a avaliação do material que tem sido recolhido, a indicação de lacunas e falhas características nos tipos de interpretação existentes sobre o ECS (bases sociais, culturais, pedagógicas).

Figura nº 1: Representação esquemática da configuração do ECS nos cursos de Licenciaturas: bases, modelos e investigação.

Diagrama do Estágio Curricular Supervisionado



Bases legais

Considerações sobre a legislação de ECS no Brasil; Análise da legislação e regulamentação do ECS; Estágio como componente curricular e eixo central nos cursos

Bases políticas

Luta ideológica e política; Estruturas organizacionais; Modelos e sistemas formais de educação; Organizações profissionais; Grupos de interesses nas instituições.

Bases sociais

Controle social; Capacidades, atitudes e valores; Adaptação ao meio social; Interações; Relação com a comunidade;

Bases culturais

Aquisição e integração da cultura; Apropriação das experiências; Abordagem de crítica e reconstrução social; Experiência acumulada da profissão tradição,

Bases pedagógicas

Análise e síntese de Teorias; Aquisição de competências básicas de ensino; Vertente didática associada à prática; Ação formativa.

Bases profissionais

Vertente pessoal; Conhecimento profissional do professor; Profissionalidade; Autonomia.

Bases éticas

Ética; Cidadania; Comportamento; Justiça social;

Bases emocionais

Empatia; Aspectos afetivos, sociais e cognitivos do conhecimento humano; Mobilização; Emoções.

Fonte: A autora

Na Figura nº1 avança-se, portanto, no estudo da medida que se pode relacionar os componentes estruturais do ECS com o modelo desenvolvido na pesquisa, para auxiliar a realização da análise, composta de três grandes blocos: um relativo ao corpo de conhecimentos científicos e tecnológicos necessários à formação inicial do futuro professor seguido de uma fase imediata e concomitante de preparação científica, pedagógica e prática para o ECS; um segundo bloco referente ao instrumental analítico e de estudos empíricos de modelos, teorias e investigação empírica sobre o ECS; e um último bloco da prática de formação envolvendo os atores, as instituições e as experiências inovadoras.

Considera-se, entretanto, que essas fases sintetizadas nos blocos não ocorrem nos cursos isoladamente, e sim podem se agrupar e se reagrupar as fases com o instrumental analítico e de estudos empíricos de modelos, teorias e investigação empírica sobre o ECS, as práticas de formação envolvendo atores (estudantes, professores supervisores) na universidade e alunos e professores regentes nas escolas de Educação Básica, no desenvolvimento de atividades apoiadas pelo professor supervisor. Isso fundamentado nas bases legais,

políticas, sociais, culturais, pedagógicas, profissionais presentes na formação inicial do professor.

É consenso entre os pesquisadores que a formação inicial dos professores deve considerar a perspectiva investigativa, na qual a pesquisa assumida como princípio científico e educativo apresenta-se como uma proposição metodológica fundamental para o rompimento das práticas de reprodução, de acordo com Barreiro e Gebran (2006).

Na literatura sobre formação de professores, é comum encontrar uma dezena de críticas que habitualmente se faz à formação inicial dos professores, dentre elas: “que para ensinar basta saber a matéria, que ensinar é fácil, que os formadores de professores vivem em uma torre de marfim, que os cursos de metodologia e didática são ensinamentos brandos, que para ensinar não há princípios gerais válidos, etc”.

Ora, muitas dessas críticas são velhas conhecidas, sempre estiveram presentes nos debates e nas discussões sobre formação inicial de professores. As críticas são várias, inclusive sobre a excessiva compartimentalização e fragmentação dos conteúdos que são ensinados, a frágil vinculação com a realidade da escola, da sala de aula e dos próprios alunos. Como consequência imediata disso, pode-se perceber o impacto das críticas no currículo dos cursos, com grupos de professores em constante tensão para conseguir (e/ou ampliar) espaço para os componentes curriculares defendendo posições que reforçam claramente a ideia de cisão de áreas no curso, além de comprometer o papel do ECS na formação dos futuros professores, reduzindo-o a uma exigência burocrática, a um mal necessário, segundo alguns professores e estudantes da graduação.

O MOVIMENTO DA SOCIOESTÁGIOÇÃO

Uma preocupação a partir das leituras realizadas na construção desse estudo retornou com toda força: a dimensão social do conhecimento. O interesse pela dimensão histórico-social do co-

nhecimento conduziu à busca pela compreensão de uma concepção social do conhecimento matemático. Daí a opção por um trabalho que examinasse a Filosofia Social e a Sociologia, de modo integrado e não complementar.

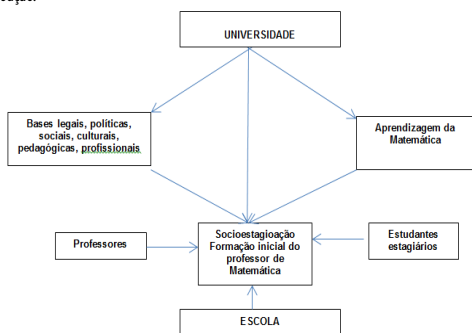
A sociologia do conhecimento interessa-nos particularmente pela possibilidade de, ao falar de pesquisa sobre a formação inicial dos professores, mais precisamente dos ECS e do efeito desses estágios, nos professores em formação, considerar como importantes os aspectos histórico, cultural e social no processo de aprender a ensinar.

A partir de um artigo de autoria do historiador da Matemática Dirk J. Struik, publicado em 1942, começaram a aparecer na literatura referências às abordagens históricas, culturais e socioculturais da Matemática.

O esquema possibilita visualizar a articulação socioepistemológica em torno dos cursos de licenciatura que formam o professor, por exemplo, de Matemática, que conduzem e orientam a vida social dos sujeitos e afetam as práticas pedagógicas no contexto escolar.

Evidente que se podem estender essas articulações para vários cursos e componentes disciplinares da educação básica.

Figura nº 2: Representação da configuração do ECS no curso de Licenciatura de Matemática no movimento Socioestágioação.



Fonte: Autoria própria

Na análise do movimento Socioestagiação na formação dos estudantes, nos cursos de Licenciatura, estão presentes as dimensões da formação no sentido de contemplar a diversidade cultural, a história e a produção do conhecimento sociocultural, a partir da realidade em que vivemos e do mundo a que pertencemos. Apoiase em Cantoral (2004, 2006) para propor esse modelo teórico, sistêmico, que possibilita tratar a análise da realidade do contexto escolar numa perspectiva múltipla que contempla os mecanismos de construção do conhecimento matemático, a partir das circunstâncias históricas, sociais e culturais de sua produção, da organização do ensino dos componentes curriculares e dos processos de ensino-aprendizagem no contexto escolar.

Não se pode conceber o ensino-aprendizagem centrado, como sublinha Garcia (1998, p.91): “quase exclusivamente na aquisição de conhecimentos profissionais (pedagógicos, psicológicos, científicos) por parte dos professores em formação”. O ensino e a aprendizagem em geral são influenciados por aspectos sociais, históricos, culturais, num movimento de aproximação com a realidade e o contexto escolar, a apropriação dos conhecimentos e a transformação contínua (Figura 03).

Figura 3: Representação do esquema de aproximação, apropriação e transformação da aprendizagem, no ECS, cursos de licenciatura no movimento Socioestagiação.

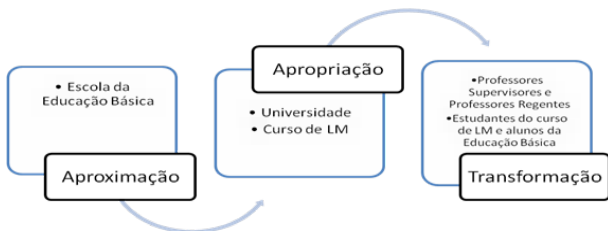


Figura 05: Representação do esquema de aproximação, apropriação e transformação da aprendizagem de Matemática no ECS, curso de LM no movimento Socioestagiação.

Fonte: Autoria própria

O ECS, os estudantes estagiários, a formação inicial do professor e a escola são faces de uma mesma figura e, nesse sentido, como coloca García (1998, p. 86): “a escola assume como própria a sua participação na formação inicial dos professores”, juntamente com a instituição universitária de formação inicial.

Saber o conhecimento específico de cada componente escolar apenas não basta. No ECS é preciso desenvolver nos futuros professores uma disposição favorável para ter em conta todos os aspectos, dimensões e características referidas anteriormente, posto que uma proposta de potencialização do ECS, nos cursos de graduação, na modalidade das Licenciaturas, deve partir necessariamente de uma análise do contexto nacional, em que este tema se configura envolvendo as características e especificidades de cada curso, as diretrizes nacionais, os projetos pedagógicos dos cursos, assim como a organização curricular à luz da legislação específica (Bases Legais, Políticas).

Mais uma vez reitera-se que o ECS é um valioso momento para a formação de professores, pois a partir desse instante obtêm-se informações que possibilitam a compreensão do ensino como um fenômeno de natureza complexa, potencialmente dinâmico, que requer múltiplos olhares, em situações historicamente determinadas e nas relações estabelecidas nos contextos sociais das escolas, das salas de aula, independentemente dos espaços constituídos na sociedade.

PERSPECTIVAS PARA OS ECS NA LICENCIATURA

Quando se discute a Educação a partir da visão dos componentes curriculares como uma instituição social, estamos discutindo a formação dos professores nos cursos de Licenciatura, na perspectiva de um conhecimento prudente para uma vida decente, como faz refletir Boaventura Souza Santos, em *Um discurso sobre as Ciências* (2004). Algumas outras questões estão igualmente presentes na reflexão sobre a formação inicial dos professores, principal-

mente quando se pensa na formação dos estudantes-estagiários no período do ECS. Enquanto professores, estamos realmente conscientes quando trabalhamos o conteúdo curricular em sala de aula? Ou estamos esvaziando o conhecimento, em seus meios de produção histórica e cultural? Procuramos entender o conhecimento matemático ao longo da evolução da humanidade, reconhecendo que o conhecimento se dá de maneira diferente em culturas diferentes e em épocas diferentes?

Com base nas atuações dos estudantes estagiários, percebeu-se a importância de se ter uma compreensão aprofundada acerca da filosofia, história e sociologia para abordar um conteúdo matemático de forma contextualizada, ao contrário de uma abordagem isolada dos aspectos históricos evolutivos do próprio homem. Isso faz toda a diferença em sala de aula desde o planejamento das atividades de ensino até a sua execução, repercutindo no nível de interesse dos alunos e na qualidade do trabalho desenvolvido pelos estudantes estagiários que se sentem mais confiantes e desafiados a superar os obstáculos encontrados na sala de aula, na escola.

Aspectos gerais sobre a sociologia, como sua natureza socio-cultural e as experiências que caracterizam as bases culturais das disciplinas e suas raízes sociais, são alguns dos assuntos que podem ser selecionados pelo professor do ECS para serem usados como temas para estudos, análises e reflexões do licenciando. Desse modo, poderão constituir-se referências fundamentais para o seu desenvolvimento profissional e sua formação, ainda em andamento nos estágios de ensino.

A experiência do professor do ECS é fundamental e, às vezes, decisiva para a definição da carreira do futuro professor, visto que o ECS é importante para a melhoria do ensino e da aprendizagem nas escolas (muitos dos professores participantes da pesquisa concordaram com essa afirmativa), na medida em que os futuros professores têm uma visão real do ensino, ao mesmo tempo em que eles levam uma contribuição de suas aprendizagens e experiências da graduação.

Compreender a complexidade das relações entre alunos e professores no cotidiano da escola, sobretudo referente ao processo de ensino-aprendizagem, significa entender que o exercício da docência se sustenta no domínio integrado dos fundamentos da educação e dos conteúdos específicos dessa área de conhecimento, bem como na experimentação e na análise de propostas inovadoras de ensino. Significa compreender, também, que a principal tarefa do professor é educar por meio do ensino e que o ensino de todo e qualquer componente curricular é tão importante quanto as demais disciplinas que integram o currículo escolar. Embora os estudantes da Licenciatura tenham adquirido no curso, nas disciplinas de formação pedagógica, alguns dos princípios didáticos e epistemológicos correntes na educação, eles tendem a reproduzir, em suas aulas, modelos de professores do eixo da formação específica.

Vários estudos envolvendo a formação inicial e continuada dos professores apontam para a necessidade de se entender os fundamentos epistemológicos e filosóficos de constituição da ciência, pela perspectiva da História, bem como compreender o objeto de estudo dessa ciência a partir dos aspectos internos e externos à Ciência. Com intuito de refletir sobre a formação inicial, ancoramos nossos estudos nos autores que tratam da sociologia, pois consideramos que a relevância dessa abordagem ressoa nas discussões sobre a importância dos professores de conhecer os objetos de estudo de cada componente curricular, considerando os aspectos internos e externos a esta ciência que estão presentes na formação do professor.

Baseado nos estudos de Moreira (1999), a respeito da seleção de textos da sociologia da Matemática, no livro *Cadernos de Educação Matemática*, do Grupo TEM, toma-se a Matemática como objeto de estudo para além da extensão da Matemática. Destaca-se que o objetivo comum a todos os textos selecionados para o caderno é superar uma visão da Matemática ou outra ciência como algo distante e imune à realidade, platônico, para uma compreensão da ciência enquanto conhecimento originado e desenvolvido no seio

das sociedades humanas e sujeito às suas contingências históricas, culturais e limitações funcionais. A ideia, por exemplo, da Matemática pura, abstrata, contribuiria para pensar na Matemática separada dos domínios social e material da experiência em contradição com a ideia de que a Matemática não acontece por si só, mas que ela é construída assim como poderia ocorrer com outras ciências.

No texto de Sal Restivo (1998), intitulado “As raízes sociais da Matemática pura”, o autor critica o pressuposto de que existem ideias “puras” na Matemática. Restivo (1998) argumenta, após uma série de análises sobre as mudanças ocorridas na comunidade Matemática, nos finais do século XIX e princípios do século XX, que é possível discorrer acerca da Matemática pura de um modo sociológico, dentre outros modos, demonstrando que os princípios básicos da sociologia do conhecimento são aplicáveis ao conhecimento matemático, ultrapassando os limites estabelecidos pelos matemáticos.

Para Restivo (1998), a Matemática pura é um produto social e defende-se neste artigo a extensão dessa perspectiva para outras ciências. Aceitar a ideia de que a Matemática é uma atividade social não é de todo polêmica. O problema estaria no tratamento dado ao termo “social”, o que levado a extremo, além do significado associado ao dia a dia, implicaria na visão pelos sociólogos de que os objetos matemáticos são sociais. Nesse sentido, a Sociologia do Conhecimento, enquanto um ramo da Sociologia, procura analisar a relação entre conhecimento e existência, o que de certo modo converge com as ideias de Restivo (1998). Léo Rodrigues Júnior (2002, p.122) explica, ainda, que a Sociologia do Conhecimento tem por objetivo:

“Identificar, conhecer, explicar e validar os nexos existentes entre “as condições sociais”, posicionadas historicamente, e as produções culturais de atores individuais e coletivos oriundas da interação de conteúdos cognitivos desses autores com a própria realidade coletiva (tipo de instituição, crenças, doutrinas, racionalidades sociais)” (RODRIGUES JÚNIOR, 2002, p.122).

Compreender o percurso tradicional da Sociologia do Conhecimento ajuda a entender a posição de autores como Bloor (2007), que rebate as posições da Sociologia do Conhecimento clássica, quando trabalha o conteúdo das ciências naturais, das ciências exatas, dentre elas a matemática, destacada da perspectiva histórico-social.

Segundo as palavras de Rodrigues Junior (2002), David Bloor colocou-se contrário à ideia de que o conhecimento científico natural não apresentava, em seu conteúdo, uma perspectiva histórico-social, e à ideia de que não haja qualquer possibilidade de ele ser investigado pelas ciências sociais.

Concorda-se com Alves-Mazzotti & Gewandszajder (1998, p.41) quando dizem que não é necessário ser sociólogo para perceber a influência dos fatores sociais nas atividades científicas, porém, segundo os autores, o que diferencia a Sociologia do Conhecimento de outras formas de análise sociológica da ciência “é a tese de que a avaliação das teorias científicas (e até o próprio conteúdo dessas teorias) é determinada por fatores sociais e não em função das evidências a favor das teorias ou de critérios objetivos de avaliação”.

Diante dessas leituras, percebeu-se claramente a necessidade de se avançar para novas leituras e de se aprofundar na compreensão de que a Sociologia do Conhecimento é uma teoria sociológica do conhecimento e contribuiu concretamente na análise dos dados desta pesquisa, o que de fato permitiu estabelecer as leituras e reflexões nesta tese à luz desse conhecimento.

Este trabalho nos levou na direção de algo que se queria alcançar de início quando se buscou responder às seguintes questões: Como se configura o ECS nos cursos de Licenciatura? Que mudanças curriculares foram inseridas nos ECS dos cursos de Licenciatura para atender à formação dos alunos? Como o estudante do curso de Licenciatura tem atuado no ECS em face das mudanças ocorridas no percurso da formação docente? Que novos elementos a prática

do ECS têm acrescentado a essa formação? Quais ações desenvolvidas no ECS contribuíram para a formação inicial do futuro professor? Foram muitas as questões formuladas, e outras certamente foram aparecendo no percurso da investigação. Este estudo buscou contribuir para a construção de um novo modo de utilizar a experiência do ECS existente nos cursos de Licenciatura, no sentido de superar a fragmentação da formação percebida no ECS, potencializando-o no fazer pedagógico de ensino e aprendizagem no ensino básico.

Estas indagações têm sido uma das grandes preocupações dos que lidam nas universidades e instituições de ensino com os programas de formação inicial de professores que só poderão ser clarificadas e refletidas com a continuidade de estudos e investigações, como os realizados nesta tese, que resvalam na área de avaliação do ensino superior, modalidades de conhecimento e valorização da realidade educacional, veículo imprescindível para o reconhecimento da identidade da formação profissional, ao mesmo tempo em que fornece subsídios para melhoria da qualidade de ensino e aprendizagem nas escolas da Educação Básica.

Na contramão dessas críticas, será oportuno trazer a reflexão dos estudantes estagiários sobre a sua experiência ao concluir o estágio supervisionado (há luz no fim do túnel). As considerações finais nos relatórios do ECS são esclarecedoras, pois evidenciam as reflexões construídas pelos estudantes estagiários acerca do processo de formação inicial.

O relato da experiência vivenciada na escola, campo de estágio durante a realização do ECS, apresenta elementos que evidenciam, segundo a nossa percepção, a dinâmica do trabalho realizado, o movimento de reflexão que se estabelece com a experiência do estágio e a sua prática em sala de aula, quando um desses estudantes estagiários participantes da pesquisa diz:

“O estágio foi um momento importante para o meu desenvolvimento como profissional. Permitiu uma avaliação da minha prática como educador e uma reflexão sobre a mesma, de forma que foi possível verificar em que momento e de que maneira as minhas atitudes contribuíram para o desenvolvimento do aluno. Foi também importante para o meu crescimento como estudante universitário e como futuro profissional”.

Percebemos nessa fala do estudante os elementos representados no esquema anterior (Figura nº 1, página 5) as bases legais, políticas, sociais, pedagógicas, profissionais relacionadas com o ECS como um processo em que ocorre uma evolução natural de seu desenvolvimento no curso de Licenciatura.

A constituição da identidade de professor ocorre, de acordo com Garcia (1999), de forma dinâmica, constituindo um processo complexo e sempre inconcluso. Para García (1999), a formação inicial dos professores como instituição cumpre basicamente três funções:

“Em primeiro lugar, a de formação e treino dos futuros professores, de modo a assegurar uma preparação consonante com as funções profissionais que o professor deverá desempenhar. Em segundo lugar, a instituição formativa tem a função do controle da certificação ou permissão para poder exercer a profissão docente. Em terceiro lugar, e segundo Clark e Marker (1975), a instituição de formação tem a dupla função de ser, por um lado, agente de mudança do sistema educativo, mas, por outro, contribuir para a socialização e reprodução da cultura dominante” (Garcia, 1999, p. 77).

Concorda-se que o processo de formação inicial do futuro professor não se reduz, no âmbito da instituição, ao mero cumprimento de uma programação linear ou limitada, definida em um intervalo de tempo. Nesse sentido, atribuíram-se, ao processo de formação inicial, dimensões subjetivas e socioculturais que influen-

ciam o modo de se constituir professor nas relações estabelecidas na universidade e na escola.

O período de iniciação profissional de professores, para García (1999), “é o período de tensões e aprendizagens intensas em contextos geralmente desconhecidos, e durante o qual os professores principiantes devem adquirir conhecimento profissional além de conseguirem manter certo equilíbrio pessoal” (p. 113).

De fato, percebeu-se que na literatura internacional sobre formação de professores, os estágios de ensino vêm se destacando, ocupando uma atenção maior, tanto por variedade temática e metodológica, quanto pela quantidade de pesquisas realizadas, de acordo com Garcia (1998).

No Brasil, entretanto, segundo um balanço recente da pesquisa brasileira sobre formação de professores, esse processo de formação e socialização profissional nos primeiros anos de docência tem sido pouco investigado (FIORENTINI *et al.*, 2002). Esses estudos revelam que a transição de aluno a professor é tensa, repleta de dilemas e incertezas.

Assegura-se, neste artigo, que o ECS pode se constituir como um espaço importante na formação inicial do professor, que oportuniza ao futuro professor apropriar-se de conhecimentos da docência por meio da reflexão de suas ações desenvolvidas durante todo o processo de formação, tendo como suporte fundamental a pesquisa no curso de licenciatura, no estágio curricular.

Por meio de estudos, discussões, análises e reflexões da realidade escolar e da sua própria regência, o futuro professor pode vivenciar uma experiência profissional durante o curso de Licenciatura para a construção da sua identidade pessoal e profissional.

Nesta perspectiva, o Estágio Supervisionado se torna obrigatório para a obtenção da licença para o exercício profissional, na medida em que é considerado o momento de efetivar um processo ensino aprendizagem em que o estagiário se tornará autônomo

quando da sua profissionalização, o que implica fortemente na formação do futuro professor.

A esse respeito, concorda-se com Pimenta (2004), ao apontar que a universidade é o espaço formativo da docência, por excelência, e que não é fácil formar para o exercício da docência de qualidade. Ainda nesse sentido, Lima (2001, p. 37) destaca nos seus estudos a responsabilidade da universidade não somente transmitir e produzir conhecimentos: “A universidade tem que fazer retornar à sociedade o conhecimento produzido, quer em nível objetivo imediato, quer no sentido maior de desenvolvimento social, de melhoria da qualidade de vida da população na qual ela está inserida”.

Com relação à formação de professores, não se desconhece que existem problemas inerentes aos cursos de Licenciatura que são recorrentes e, por isso mesmo, podem ser considerados verdadeiros desafios que persistem desde a sua origem, e até os dias atuais, sem solução. Apesar dos avanços na organização desses cursos por força das legislações que têm apontado a necessidade de superar algumas dicotomias e desarticulações existentes nos cursos de Licenciatura, poder-se-ia apontar os estudos de formação de professor nas Licenciaturas que focalizam, por exemplo, o distanciamento existente entre a formação acadêmica e as questões colocadas pelo exercício da prática docente na escola.

Além disso, é importante rever equívocos na interpretação do papel do ECS na formação inicial do professor, que muitas vezes vai se consolidando no imaginário dos alunos das licenciaturas e buscar sentidos, significados para o ECS no processo de formação do estudante de graduação.

A reflexão sobre a docência no estágio e sobre a formação pedagógica no curso de Licenciatura aponta para a necessidade de novo desenho para o ECS fundamentado em estudos na área da socioepistemologia, na própria formação docente do futuro professor. A esse respeito, os estudos de Cantoral e Farfán (2004, p.9) definem a socioepistemologia como:

“Aproximação teórica de natureza sistêmica que permite tratar os fenômenos de produção e difusão do conhecimento desde uma perspectiva social, ao incorporar o estudo das interações entre epistemologia do conhecimento, com sua dimensão sociocultural, os processos cognitivos que são associados e os mecanismos de institucionalização via seu ensino”.

Vários outros estudos baseados nos trabalhos de Cantoral (2004) tratam da socioepistemologia como um ramo da epistemologia que estuda a construção social do conhecimento. Para esses autores, na socioepistemologia, conhecida também como a epistemologia das práticas (terminologia utilizada por Cantoral), abordam-se os mecanismos de institucionalização do conhecimento, levando-se em consideração os efeitos das circunstâncias sociais de sua produção, a organização social do ensino, os processos de aprendizagem e investigação. O estudo do conhecimento produzido pelo homem ao longo do processo de sua evolução está baseado na perspectiva social, histórica e cultural que o determina.

Concorda-se com Campos (2007), no sentido de que a formação do professor passou a exigir uma nova filosofia e uma nova epistemologia. É preciso compreender por que o ECS, na visão de alguns professores, é entendido equivocadamente como:

“Estágio Supervisionado como disciplina ‘terminal’, de ‘aplicação de conhecimentos’, ‘como o momento de por em prática o que aprendeu durante o curso; como sendo a hora do confronto; o espaço para a experimentação do que foi aprendido.’ Urge, nos dias atuais, o redimensionamento da formação e das novas práticas, haja vista que, na contemporaneidade, não é mais possível ser aceita a concepção cartesiana de homem e do mundo, onde a ciência e a ação se opõem” (CAMPOS, 2007, p. 94).

De modo tradicional, a epistemologia é definida como a crítica, estudo ou tratado do conhecimento da ciência, ou ainda, o

estudo crítico do conhecimento, estudo filosófico da origem, natureza e limites do conhecimento. Alguns estudos de natureza epistemológica assumem o conhecimento como resultado das relações entre as explicações teóricas e as evidências empíricas, ignorando o papel que os contextos históricos, sociais, culturais e institucionais desempenham na produção do conhecimento. A socioepistemologia, de acordo com Cantoral (2004), pretende examinar o conhecimento social, histórica e culturalmente situado.

Na nossa perspectiva, a socioepistemologia de Cantoral (2004) pleiteia o exame do conhecimento social, histórica e culturalmente situado, problematizando-o à luz das circunstâncias de sua construção e difusão.

Concorda-se com Almeida e Ferruzi (2009) quando afirmam que a aprendizagem escolar é influenciada por aspectos sociais e epistemológicos num movimento de apropriação e transformação contínuo dentro da sala de aula, na escola. É essa aproximação com fatores sociais, culturais e epistemológicos que influencia as práticas docentes de estagiários e professores iniciantes, enquanto construção de conhecimento nos processos de formação, por isso, assim como as autoras, entendemos que precisamos enfatizar o papel da prática social no nosso estudo, trabalhando com a socioepistemologia.

Na análise do movimento Socioestágio na formação dos estudantes, no curso de Licenciatura estão presentes as dimensões da formação que permitem a reflexão e a análise de fatores sociais, culturais, no sentido de contemplar a diversidade cultural, a história e a produção do conhecimento sociocultural, a partir da realidade em que vivemos e do mundo a que pertencemos.

O ECS, os estudantes estagiários, a formação inicial do professor, a escola são faces de uma mesma figura e, nesse sentido, a escola, como coloca García (1998, p 86), “assume como própria a sua participação na formação inicial dos professores”, juntamente com a instituição universitária de formação inicial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, pode-se ressaltar que um enfoque dos componentes curriculares da Educação Básica enquanto instituição social deve ser apresentada aos professores com um aporte teórico fundamental a ser discutido pelos professores formadores e pelos licenciados, de um modo geral, pois essas leituras deixam evidentes aspectos significativos e caminhos esclarecedores para a ampliação do aprimoramento profissional do professor na busca de respostas para as questões formuladas nesta pesquisa.

Ao começar a escrita deste artigo, optou-se por um recorte de uma pesquisa maior para discutir a formação inicial do professor a partir de duas perspectivas: o estágio curricular supervisionado na formação inicial do professor e o desenvolvimento profissional desses futuros professores. A pesquisa realizada trouxe um pouco da realidade que vem sendo vivida pelos estudantes nos cursos de Licenciatura.

Ao estabelecer enquanto objetivo deste trabalho discutir como se configurava o Estágio Curricular Supervisionado, a partir de uma análise nos cursos de Licenciatura, nas instituições de ensino superior, tinha-se em mente algumas questões básicas que nos propusemos investigar.

A essas questões somaram-se outras que foram inseridas em diferentes fases da pesquisa. Isso significou, sobretudo, a necessidade de aprofundar o estudo da teoria para compreender a realidade dos cursos de Licenciatura tal como se apresenta nas três instituições de ensino superior pesquisadas: Universidade Federal da Bahia, Universidade Estadual de Feira de Santana e Universidade Católica do Salvador e, particularmente, nos trabalhos dos professores e estudantes dessas e de outras instituições envolvidas direta e indiretamente na pesquisa e, principalmente, na relação com o ECS.

Constatou-se que, em face do estudo realizado, a situação revelada está longe de ser caracterizada como ideal. São inúmeras

as dificuldades, tensões e problemas enfrentados pelos estudantes e professores no dia a dia nos cursos de formação de professores e nas escolas públicas. Essas mesmas deficiências foram reveladas por meio das análises dos diferentes documentos construídos na pesquisa, tais como: questionários, entrevistas, memoriais dos professores e relatórios.

Assim, vale mais uma vez ressaltar que o ECS é um valioso momento para a formação de professores, pois a partir do mesmo obtêm-se informações que possibilitam a compreensão do ensino como um fenômeno de natureza complexa, potencialmente dinâmico, que requer múltiplos olhares, em situações historicamente determinadas e nas relações estabelecidas nos contextos sociais das escolas, das salas de aulas, das aulas, independentemente dos espaços constituídos na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A.J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

BARREIRO, I.M.F.; GEBRAN, R.A. **Prática de Ensino e Estágio Supervisionado na Formação de Professores**. São Paulo: Avercamp, 2006.

BLOOR, D. **Conhecimento e imaginário social**. Tradução Marcelo do Amaral Penna-Forte. São Paulo: UNESP, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno. Resolução CNE/CP 01/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Brasília: 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

CAMPOS, M.L. Estágio e (re) significação da formação do pedagogo. In: OLINDA, Ercília Maria Braga de; FERNANDES, Maciel Gonçalves (Orgs.). Práticas e atividades docentes. Fortaleza: **Edições UFC**, 2007.

CANTORAL, R. La aproximación socioepistemológica a la investigación en matemática educativa: una mirada emergente. [CD-ROM] **XI Conferência Interamericana de Educação Matemática**. Tema: Educación Matemática & Desafíos y Perspectivas. Blumenau, Brazil: Universidade

Regional de Blumenau, 2003. Disponível em <http://cimate.uagro.mx/cantoral/2003>.

FIORENTINI, D.; CASTRO, F.C. Tornando-se Professor de Matemática: O caso de Allan em Prática de Ensino e Estágio Supervisionado. In: FIORENTINI, D. (org.) **Formação de professores de Matemática: explorando novos caminhos com outros olhares**. Campinas/SP: Mercado das Letras, 2003.

GARCÍA, M.C. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: NÓVOA, A. (Org.). **Os professores e a sua formação**. 2 ed. Lisboa: Dom Quixote, 1995. p. 53-76.

GARCÍA, M.C. **Formação de Professores: para uma mudança educativa. Coleção Ciências da Educação: século XXI**. Porto: Porto, 1999.

MERTON, R.K. Sociologia do conhecimento. In: **Sociologia do Conhecimento**. BERTELLI, A.R.; PALMEIRA, M.G.S.; VELHO, O.G. (Org.). Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MIGUEL, A. **História, filosofia e sociologia da educação matemática na formação do professor: um programa de pesquisa**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 137-152, jan./abr. 2005.

MOREIRA, D. Sociologia da matemática. (Org. GruPoTEM). **Série cadernos de Educação Matemática, número 3**. Lisboa: Associação de Professores de Matemática, 1998.

NÓVOA, A. Formação de professores e profissão docente. In: NÓVOA, Antonio (Coord.) **Os professores e a sua formação**. 2 ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 1995.

PIMENTA, S.G.; LIMA, M.S.L. **Estágio e Docência**. São Paulo: Cortez, 2004.

RESTIVO, S. As raízes sociais da matemática pura. In: Sociologia da matemática. (Org. GruPoTEM). **Série cadernos de Educação Matemática, número 3**. Lisboa: Associação de Professores de Matemática, 1998.

RODRIGUES, L.J. Karl Mannheim e os problemas epistemológicos da sociologia do conhecimento: é possível uma solução construtivista?. **Épisteme**, Porto Alegre, n.14, p.115-138, 2002.

SANTOS, B.S. **Conhecimento prudente para uma vida decente. Um discurso sobre as ciências revisitado**. São Paulo: Cortez, 2004.

STRUIK, D.J. Sobre a sociologia da matemática. In: Sociologia da matemática. (Org. GruPoTEM). **Série cadernos de Educação Matemática, número 3**. Lisboa: Associação de Professores de Matemática, 1998.

OS BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA PREVENTIVA NA SAÚDE DA CRIANÇA

Karine Freire Teles Alves

Sarah Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde na atualidade não é mais representado unicamente pela ausência de doenças, mas também pelo conjunto de práticas que promovam a qualidade de vida do indivíduo. A nova forma de pensar a saúde inclui ações preventivas que garantem a manutenção do bem-estar, sendo as terapias complementares, como a musicoterapia, parte das inovações para o melhoramento da saúde da população.

Encontrando-se numa zona de vulnerabilidade, as crianças também necessitam de assistência preventiva, pois, mesmo sendo uma grande fatia da população mundial, esse público não tem sido alvo de campanhas que visam a promover a saúde, exceto na pequena infância, cuja concentração das ações preventivas se detém na imunização biológica, por meio de campanhas de vacinação.

A utilização da música como terapia, ou musicoterapia, “é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente a promover saúde, usando de experiências musicais e das relações desenvolvidas através destas como forças dinâmicas de transformações” (BRUSCIA, 2016). A musicoterapia preventiva,

em particular, age antes do adoecimento do organismo. Sua aplicação proporciona um olhar atento sobre as questões terapêuticas na infância, tornando-se relevante tanto a abordagem de aspectos, quanto a utilização da música como mediador no processo de manutenção do bem-estar infantil.

Na busca de compreender os benefícios da musicoterapia preventiva na promoção da saúde da criança, o artigo apresenta a aplicação dessa modalidade e os princípios associados a ela em uma experiência realizada com um grupo de 4 crianças com idades entre 8 e 12 anos, que ocorreu durante 7 encontros terapêuticos. As sessões de musicoterapia grupal ocorreram no Espaço de Vivências Musicais Som na Caixa, instituição de ensino musical localizada na cidade de Fortaleza – CE, e tiveram frequência de uma reunião semanal com duração média de uma hora e trinta minutos cada, nos meses de outubro e novembro do ano de 2017

Ao considerar a importância da música na saúde da criança, as ações musicoterapêuticas buscam a melhoria de questões físicas, emocionais e sociais, oportunizando a autoexpressão, a estimulação cognitiva e motora, contribuindo na manutenção do bem-estar psicológico, no desenvolvimento global e na construção de valores pessoais e sociais, bem como na melhoria de padrões afetivos, no fortalecimento da autoconfiança, na autoestima e no convívio social e, também, na diminuição de tempo ocioso.

Sales constata que:

“A música pode potencializar a expressividade emocional do ser, facilitando a comunicação e a relação interpessoal, promovendo ainda acolhimento e o estabelecimento de relações e vínculos, aumentando a autoestima e proporcionando conforto e bem-estar” (SALES; et al., 2011, p.140).

A partir da experiência, o trabalho evidencia resultados positivos, discutindo a atuação da música na promoção de uma vida saudável na infância, à luz da literatura, mesmo que escassa, já exis-

tente, desvelando as contribuições que a musicoterapia preventiva proporciona no desenvolvimento e na saúde das crianças em idade escolar.

Com base na observação das atividades aplicadas no grupo arregimentado e no levantamento bibliográfico, a pesquisa aponta os benefícios do emprego da terapia musical em questões ligadas a saúde física, mental e social da criança, reconhecendo a necessidade de mais ações preventivas junto à faixa etária escolhida que atenda a demanda com uma assistência mais direcionada, propondo a reflexão sobre a atuação terapêutica na infância, no concernente aos aspectos da utilização da música como mediador em terapias e a importância da intervenção musicoterapêutica antes do adoecimento do ser.

MUSICOTERAPIA PREVENTIVA

A definição de saúde tem se tornado cada vez mais ampla ao considerar não apenas a ausência das doenças, mas também a manutenção da qualidade de vida do indivíduo (OLIVEIRA; *et al.* 2012), ou seja, seu bem-estar físico, psíquico e social. Na atualidade, o olhar dos profissionais de saúde tem se deslocado da doença para o sujeito, estendendo ações que promovam a saúde e previnam o adoecimento (BARROS, 2004). Com isso, a busca pelo bem-estar tem conduzido a uma preocupação com práticas preventivas, que atuem antecipadamente, de modo a garantir a saúde do organismo.

As terapias complementares protagonizam experiências geradoras de melhoria na qualidade da saúde da população, sendo a musicoterapia uma ferramenta eficaz na prevenção de doenças.

Define-se por terapia qualquer fator ou agente que ajuda a prevenir, aliviar ou curar doenças ou que melhore a saúde física ou mental (ALTSHULER, 1954). Nesse sentido, a musicoterapia

preventiva vem agir antes do adocimento do organismo. E como salienta Ferreira (2005, p. 16), “[...] a música harmoniza a vida das pessoas e é também por isso que sempre damos razão à antiga máxima que afirma: ‘quem canta, seus males espanta’”.

Para a World Federation of Music Therapy (1996):

“Musicoterapia é a utilização da música elou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas”.

A Musicoterapia, especialidade inserida no campo da saúde, utiliza a música como principal instrumento mediador. Benezon (1988) reconhece-a como um “campo da medicina”. Medicina em latim é a “ciência e arte de precaver e de curar enfermidades”. Bruscia (2000, p. 11) pontua o papel da mesma “para ajudar os clientes a melhorar, restaurar e manter a saúde”. A música, apesar de não possuir propriedades curativas, é considerada como um meio terapêutico eficaz na condução do processo de crescimento direcionado ao bem-estar (BARANOW, 1999).

Estando em evidência as ações preventivas nas políticas de saúde pública, pode-se afirmar a importância da conscientização sobre a eficácia da musicoterapia como forma de prevenção. Rodrigues (2011, p. 1) afirma:

“A Musicoterapia Preventiva é uma nova proposta na área da Musicoterapia, com o sentido de prevenir e não de intervir num determinado sintoma ou uma patologia, ou seja, não tem que existir necessariamente qualquer tipo de perturbação de desenvolvimento, para que possa haver uma intervenção musicoterapêutica”.

Atividades preventivas têm sido implementadas com diversos públicos, mas o público infantil, foco da pesquisa, carece de ações preventivas em diversos aspectos. Antes de entrar na discussão sobre saúde e infância, é preciso conceituar o que é a infância.

A construção do conceito na atualidade envolve valores sociais, econômicos e culturais historicamente construídos que foram se consolidando no século XVIII com o desenvolvimento do capitalismo. O surgimento da burguesia renova o sentido da família como um núcleo hegemônico, privado, onde a criança, sujeito da infância, se torna responsabilidade dos pais e precisa dos seus cuidados.

A criança, na modernidade, passa a ser vista numa condição diferente do adulto. Para Kramer (2003), a consciência da particularidade infantil, ou seja, aquilo que a distingue do adulto, faz com que seja reconhecida a necessidade de tratamento de forma diferenciada.

Os conceitos de infância podem apresentar significados diferentes. Tomaremos por base o conceito de Kuhlmann (2001), que define a infância como condição do ser criança. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) designa criança toda pessoa até os 12 anos de idade incompletos, evocando o período que se inicia com o nascimento e termina com a puberdade.

O público infantil tem direito a atenção especializada, pois “as crianças são vulneráveis a diversas situações e necessitam ter seu espaço de assistência, principalmente na promoção da saúde, pois o direito à saúde é uma prerrogativa constitucional” (ZANETTINI; *et al.*, 2015, p.1061).

Uma das formas de promoção de bem-estar na infância é a utilização da música. Em Musicoterapia, a música é utilizada como forma de restaurar e melhorar o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social da criança. Para Rodrigues (2011, p. 1), “as crianças são tidas como possuidoras de invulgares capacidades para perceber e responder aos componentes básicos da música (melodia,

harmonia e ritmo), pois é evidente que a música está presente nas suas vidas muito antes do falar”.

É cada vez maior o número de especialistas que reconhecem a ação da música no desenvolvimento da criança. Mello (2011, p. 35) ressalta a contribuição no “desenvolvimento cognitivo, psicomotor, emocional e afetivo e, principalmente, para a construção de valores pessoais e sociais, melhorando a agilidade cognitiva e a capacidade de administrar informações em conflito”.

Em razão de promover a saúde da criança, a musicoterapia preventiva exerce influência na saúde emocional e física, bem como nas funções cognitivas, atuando no comportamento, melhorando o humor, o sono e a autoconfiança, motivando, diminuindo a ansiedade, auxiliando no combate à tensão e na eliminação do estresse (ZANETTINI; *et al.*, 2015).

As ações musicoterapêuticas exercem influência no desenvolvimento de determinadas habilidades e atitudes que permanecerão ao longo da vida, podendo também agir antecipadamente ao prevenir bloqueios ao nível do desenvolvimento global da criança. As atividades aplicadas no *setting* terapêutico sugerem a estimulação de competências no âmbito sensorial, perceptivo e motor, como no campo da atenção e memória, favorecendo a socialização, sem negligenciar o desenvolvimento do interesse pelo ambiente sonoro musical e da apreciação estética.

PROCEDIMENTOS MUSICOTERÁPICOS

Segundo Lecourt (2011), toda terapia, seja ela qual for, possui sete elementos em comum: um terapeuta, um paciente/cliente, um local, uma relação, um custo, um método e uma teoria. Na musicoterapia, a relação terapeuta-cliente se dá através da música, sendo essa um canal de comunicação e expressão. Assim, para que a música seja utilizada como terapia, é necessário existir um tera-

peuta, que deve ter uma ação planejada e intencional, utilizando a música como canal de comunicação.

Essa ação planejada implica em seguir alguns procedimentos que devem ocorrer antes, durante e após a sessão de musicoterapia. Dessa maneira, pode-se dizer que o atendimento musicoterápico se divide em três etapas: avaliação diagnóstica, tratamento e aplicação das técnicas e avaliação.

Durante a primeira etapa são coletados os dados que vão auxiliar o musicoterapeuta na sua intervenção. A fase de avaliação diagnóstica é composta pela entrevista realizada com o paciente ou sua família, o preenchimento da ficha musicoterápica, questionário aplicado pelo musicoterapeuta para conhecer a história sonora dos pacientes, suas preferências e intolerâncias musicais, e a testificação musical, momento em que o paciente pode explorar o *setting* terapêutico e o musicoterapeuta pode “observar as possibilidades de comunicação do paciente, as suas dificuldades, inibições, preferências, impulsos, bloqueios, reação e desejos frente aos diferentes parâmetros e instrumentos musicais.” (BARCELLOS, 1999, p. 33). A partir dessa avaliação diagnóstica, são traçados os objetivos terapêuticos e elaborados os planos de trabalho.

Após essa primeira fase, inicia-se o tratamento musicoterapêutico propriamente dito. Nessa etapa, busca-se alcançar os objetivos traçados por meio da aplicação de técnicas específicas da musicoterapia. Barcellos (1999, p. 47) destaca a importância da capacidade perceptiva do musicoterapeuta nessa fase, na medida em que possa perceber o paciente e “utilizar a linguagem musical da forma mais adequada, tanto a satisfazer os interesses e necessidades dele (paciente) quanto a alcançar os objetivos estabelecidos”.

Por fim, é na última etapa que será realizada uma avaliação de desenvolvimento do paciente, considerando seu estado no início e ao final do tratamento. Essa avaliação pode ser feita quantitativamente, com base em escalas de desenvolvimento, ou qualitativamente, mediante um relatório elaborado a partir dos registros das sessões.

METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos utilizados no âmbito desta pesquisa são de abordagem qualitativa e se caracterizam como um estudo de caso, tendo como técnica de coleta de dados a observação participante.

Segundo Trivinos (1987), um estudo de caso “é uma categoria de pesquisa cujo o objeto é uma unidade que se analisa profundamente” (p. 133). No caso particular desta pesquisa, a unidade é o grupo de crianças participantes das sessões de musicoterapia, sendo as relações estabelecidas entre os indivíduos e a música o objeto da observação participante.

É nessa perspectiva que podemos assinalar que os dados coletados durante o processo de aplicação da pesquisa foram descritos e analisados conforme as observações e intervenções da musicoterapeuta.

O CONTEXTO DE APLICAÇÃO

Considerando os objetivos e a abordagem teórica da pesquisa em questão, foram desenvolvidas 7 intervenções musicoterápicas semanais, com duração de 1 hora e trinta minutos cada, nos meses de outubro e novembro de 2017, direcionadas a um grupo de 4 crianças neurotípicas², em uma escola de música da região de Fortaleza. A escolha do grupo seguiu apenas o critério da faixa etária, de 8 a 12 anos, estando o convite aberto tanto à comunidade quanto aos alunos da escola.

As 7 sessões foram planejadas com base na avaliação das fichas musicoterápicas, na observação individual durante a entrevista que foi estruturada seguindo um questionário (anamnese), na observação dos pacientes nas sessões e nos perfis das demandas do grupo.

2 Aquele que aparentemente não é acometido por nenhuma psicopatologia, isto é, doença, síndrome ou qualquer prejuízo de ordem mental.

A partir do levantamento, foi possível estabelecer as principais necessidades do público e determinar as atividades a serem aplicadas, bem como as técnicas musicoterapêuticas a serem utilizadas.

Quanto à demanda, o planejamento focou nos seguintes objetivos: estimular as competências cognitivas – sentidos, atenção, percepção, memória e criatividade; melhorar a capacidade autoexpressiva; incentivar o aumento da autoimagem e do autoconhecimento; favorecer habilidades motoras; estimular habilidades afetivas; estimular a socialização por meio da produção musical em grupo e conscientizar quanto ao outro; sensibilizar através da música e desenvolver o potencial sonoro musical; promover mudanças em nível comportamental; promover o bem-estar e gerar momentos de prazer e satisfação.

As atividades durante cada sessão seguiam o seguinte roteiro:

- a) Acolhida - Marcando o início da sessão, esse momento motiva o grupo a participar das atividades do encontro, estimulando também a interação entre os membros, utilizando canções com movimento e palavras de acolhimento. Ainda nessa etapa, perguntas eram dirigidas aos participantes sobre a semana de cada um, bem como menções sobre os conteúdos da sessão anterior.
- b) Ativação focada - Agora a atividade proposta direciona o olhar dos pacientes ao foco principal da sessão, conduzindo-os ao tema que será trabalhado ao longo do encontro. O compartilhamento de aspectos relacionados ao tema é essencial entre o grupo, pois cada um acrescentará a sua experiência quanto ao conceito abordado.
- c) Aplicação de técnica musicoterapêutica - Momento durante o qual a atividade principal era aplicada seguindo técnicas musicoterápicas, tais como: Improvisação, Re-criação Musical, Composição (BRUSCIA, 2000), Exploração (BARCELLOS, 2013) e Experiências Receptivas (BRUSCIA, 2000), dentre outras técnicas grupais, como

- a expressão dramática e o desenho, objetivando alcançar as demandas inseridas no planejamento de cada sessão.
- d) Processamento - Ponto em que os pacientes relembrem as atividades vivenciadas na sessão e são estimulados a expressarem verbalmente ao grupo suas reflexões, sensações e impressões. O musicoterapeuta pode intervir verbalmente facilitando o canal de expressão dos integrantes do grupo.
 - e) Finalização - A sessão findava com a retomada de alguma canção utilizada no encontro, preferencialmente a que mais recorresse ao tema, sendo o grupo convidado a acompanhá-la cantando, tocando e se movendo.

Por ter um caráter qualitativo, a pesquisa observou os resultados do grupo social que não poderiam ser quantificados, mas centrados na compreensão e na explicação da dinâmica das relações sociais, extraindo valores das experiências vividas pelo grupo terapêutico, pelos familiares dos componentes do grupo e pelo pesquisador, que também era o musicoterapeuta do grupo. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisadora observou sua própria ação musicoterapêutica de forma reflexiva, bem como os impactos da sua prática em cada indivíduo, fornecendo informações do efeito do comportamento sonoro grupal e individual, atendo-se ao que se refere Sabatella (2007): “a qualidade integradora da experiência musical e o caráter globalizador das respostas do indivíduo à música”. Lançando o olhar, de forma mais específica, nos diferentes processos de percepção e execução que por sua vez englobam experiências sensoriais, motoras, emocionais, cognitivas e sociais.

Para isso foi necessária a avaliação das sessões e a estruturação de técnicas a partir de demandas surgidas, ou seja, após cada sessão a pesquisadora avaliava alguns aspectos do encontro relacionados às atividades propostas e às impressões das respostas dos pacientes,

e traçava algumas estratégias para o próximo encontro. Também, a escuta musicoterápica do grupo, por meio das respostas sonoro-musicais de cada indivíduo dentro do grupo, fez-se um levantamento de aspectos relevantes no comportamento dos pacientes ao longo das atividades, por meio de registros, a fim de apontar características individuais e demandas futuras, além da avaliação dos progressos junto ao grupo, pontuando as melhorias e os benefícios alcançados com os encontros, bem como compartilhando o levantamento dos objetivos atingidos e mudanças perceptíveis durante o período de atendimento, individual e geral.

Sobre as técnicas abordadas

Segundo Cunha (2001, p. 47), “o musicoterapeuta, através de técnicas específicas, confirma suas suspeitas e utiliza a mensagem para alavancar ou elaborar conteúdos”. As técnicas musicoterapêuticas empregadas nos encontros seguiram o critério de escolha segundo as demandas específicas dos planejamentos das sessões e objetivos traçados para as mesmas. Foram elas: Improvisação, Recriação Musical, Composição, Experiências Receptivas e Exploração.

Para Bruscia (2000), a técnica de Recriação é aquela em que o paciente aprende ou escuta músicas com vocal ou instrumental baseado em um modelo. Essa experiência, normalmente, é indicada para indivíduos que necessitam de uma atividade estruturada, com o objetivo de desenvolver comportamentos e habilidades.

Na técnica de Improvisação, o paciente cria melodia, ritmo, canção ou peça musical, utilizando-se de instrumentos musicais ou do canto. Normalmente, essa atividade é indicada para estabelecer canais de comunicação, facilitar a autoexpressão, senso de identidade, tomada de decisão, explorar os aspectos das relações interpessoais, desenvolver a criatividade e a espontaneidade (BRUSCIA, 2000). Salienta o autor em questão que, na técnica de composição,

o paciente cria canções (músicas e letras, peças instrumentais e registra o produto musical).

Dentro das composições, segundo Bruscia (2000), existem cinco variações, das quais uma delas é denominada de paródia de canções. Aqui o paciente substitui frases ou palavras de uma canção composta anteriormente, mantendo a melodia e a harmonia originais. A atividade de composição é indicada para fortalecer a aliança paciente/terapeuta, habilidade de solucionar problemas de forma criativa, lidar com a musicalidade, autoexpressão, espontaneidade, autoconhecimento e recuperação da autoestima.

Em Experiências Receptivas, o cliente ouve a música e a responde silenciosamente, verbalmente ou por outras ações. Para Bruscia (2000), a experiência receptiva evoca respostas corporais específicas, explora ideias e pensamentos de outros, estimula o relaxamento pessoal e promove receptividade.

A Exploração Sonora (BARCELLOS, 2013) possibilita a pesquisa de timbres e a descoberta de materiais, envolvendo os sentidos tátil, auditivo e visual, bem como os conceitos de intensidade, duração e altura, propiciando a interação, percepção, escuta ativa e sensibilização sonoro-musical.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

Melhorias foram constatadas segundo os objetivos terapêuticos traçados no início da experiência, tendo como base as avaliações das sessões por parte do musicoterapeuta, seguindo aspectos individuais e grupais.

Foram notáveis os benefícios proporcionados às crianças participantes dos encontros, tratando-se de diversos aspectos:

- a) Cognition: sentidos, percepção, interpretação, atenção concentrada e alternada, memória (história sonoro-musical) e criação;

- b) Habilidades motoras: alternância de membros, coordenação de vários movimentos, manipulação fina, lateralidade e orientação espacial;
- c) Expressividade das ideias, opiniões, valores e vontades do grupo;
- d) Melhoria na comunicação de conteúdos afetivos;
- e) Expressividade sonoro-musical;
- f) Mudanças no comportamento: social, interação e empatia;
- g) Sensação de bem-estar e satisfação por estarem fazendo música.

A musicoterapia criou espaços nos quais as crianças puderam expressar as suas emoções de formas que poderiam ser desconfortáveis fora do *setting*, possibilitando experiências interpessoais positivas, e estimulou a percepção de si, já que a terapia musical auxilia o indivíduo na conscientização quanto aos sentimentos e vivências internas, oportunizando mudanças significativas.

Serão descritos a seguir alguns dos conteúdos relevantes desenvolvidos nas sessões:

Na 1ª sessão, E.e C., se comunicavam verbalmente e sonoro-musicalmente de forma tímida e retraída, ficando em silêncio diversas vezes nos momentos de improviso e recreação. Da 3ª sessão em diante, passaram a expor mais conteúdo verbal e sonoro-musical.

Na 2ª sessão, a memória sonoro-musical revisitou momentos da história dos integrantes, ficando em destaque a colocação de S.: “Tudo da minha vida lembra uma música. Minha mãe sempre está cantando...” S. também mencionou que ao chegar estava triste devido à notícia do desligamento da sua professora da escola, mas, ao final, após as atividades, estava alegre novamente.

A 3ª sessão foi o ponto máximo de expressividade quando foi dada a cada paciente a oportunidade de reger os demais. J., especialmente nessa sessão, se moveu intensamente e também oralizou

expressões, chegando quase a gritar de forma eufórica. No momento do processamento, todos verbalizaram o quanto se sentiram “felizes e em paz” por estarem liderando o grupo como maestros.

Uma atividade do 4º encontro, um desenho da casa e de todos que vivem nela, partindo de uma recriação da música A Casa, de Vinícius de Moraes, em particular, foi uma oportunidade na qual E. pode expressar seu olhar quanto a sua vida.

J. e S., em alguns momentos, disputavam a liderança e a manipulação de determinados instrumentos, mas, na 5ª sessão, foi perceptível a cooperação entre ambos, chegando a dividir o uso de instrumentos preferidos, inclusive cedendo quando percebiam o desejo do outro.

No 6º encontro foi exposta a relação entre determinados padrões harmônicos e rítmicos, as emoções sentidas, revelando as diferentes visões de mundo de cada participante. Ao ser executada uma harmonia maior em ritmo de valsa, 03 pacientes – E., C. e S. sinalizaram como algo alegre, enquanto J. como algo triste.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

A pesquisa tratou de transpor a aplicação da musicoterapia preventiva em um grupo de crianças, destacando os benefícios das intervenções planejadas. A experiência relata alguns pontos relevantes da atuação da música na promoção de uma vida saudável na infância, desvelando as contribuições que a musicoterapia preventiva proporciona no desenvolvimento e na qualidade de vida das crianças em idade escolar.

Foi possível observar, ao longo dos encontros, que a relação terapêutica mediada pela música abre portas para a expressão, autoconhecimento, interações sociais, desenvolvimento da criatividade, exploração e experimentação. Pode-se considerar satisfatório o alcance dos objetivos delineados, segundo as demandas identificadas,

ressaltando que não com todos os pacientes, pois uma criança teve um processo terapêutico menor devido às ausências.

Sendo a terapia musical apta a proporcionar um espaço lúdico e seguro, permitindo a criança expressar e partilhar sentimentos, participando ativamente, seja realizando as atividades propostas, seja contribuindo nos conteúdos abordados durante as sessões, o trabalho, portanto, confirmou o valor da musicoterapia preventiva na promoção do viver saudável junto ao público infantil, atuando e contribuindo para a melhoria significativa da qualidade de vida e do bem-estar do grupo atendido.

REFERÊNCIAS

ALTSHULER, I. M. **The past present and future of Musical Therapy In Music Therapy**. PODOLSKY, Edward (ed.), New York: Philosophical Library, 1954.

BARANOW, A. L. **Musicoterapia - uma visão geral**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1999.

BARCELLOS, L. R. M. **Teorias, Técnicas e Métodos em Musicoterapia**. 2013.

BARROS, R.B., CAMPOS, G. W.; CASTRO, A. M. **Avaliação de política nacional**

de promoção da saúde. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 1-9, 2004.

BENEZON, R. **Teoria da Musicoterapia**: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. 3ª Ed. São Paulo: Summus, 1988.

BRUSCIA, K.E. **Definindo Musicoterapia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Enelivros, 2000.

CUNHA, R. **Escuta Terapêutica: sons, silêncios e palavras**. *Anais do III Fórum Paranaense de Musicoterapia, II Encontro Nacional de Pesquisa em Musicoterapia*. Organização AMT/PR. Curitiba: 2001, p. 45-48.

DAMASCENO, M.J.C.F; *et al.* A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. **Cadernos UniFOA**. Rio de Janeiro, Ed.20, p. 85 – 94, dez., 2012.

FERREIRA, M. **Como usar a música em sala de aula**. São Paulo: Contexto, 2005.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

KRAMER, S. **A Política pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

KUHLMANN, M. J. **O jardim de infância e a educação das crianças pobres: final do século XX**. In: MONARCHA, Carlos (Org.). Educação da infância brasileira: 1875-1983. Campinas/SP: Autores associados, 2001.

LECOURT, Édith. **La musicothérapie**. 3 Ed, 2011.

MELO, M. **A música como instrumento de intervenção psicopedagógica**. Campos dos Goytacazes-RJ: Venletrarte, 2011.

RODRIGUES, C.C. **A musicoterapia preventiva na primeira infância**. 2011.

SALES, C.A.; SILVA, V.A.; PILGER, C.; MARCON, S. S. A música na terminalidade humana: concepções dos familiares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 138-45, 2011.

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

ZANETTI, A.; SOUZA, J. B. D.; FRANCESCHI, V. E.; FINGER, D.; GOMES, A.; SANTOS, M.S.D. Quem canta seus males espanta: um relato de experiência sobre o uso da música como ferramenta de atuação na promoção da saúde da criança. **REME - Revista de Enfermagem**. Santa Catarina, v. 19, n. 4, p. 1060-1064, 2017.

O PAPEL DA NEUROEDUCAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM AUTISMO

*Giovanna de Pinho Pessoa Pacheco
Elenise Tenório de Medeiros Machado
Isabelle Cerqueira Sousa
Ana Maria Fontenelle Catrib
Rosendo Freitas de Amorim*

INTRODUÇÃO

A Neuroeducação integra de forma interdisciplinar a psicologia, a neurociência e a pedagogia, e, portanto, oferece uma grande contribuição na área da educação das crianças que possuem deficiências, transtornos ou dificuldades de aprendizagem, sendo muito valiosa na compreensão do desenvolvimento global dessas crianças.

Com isso, pretende estudo, por meio da Revisão Integrativa, analisar a fundamentação teórica e publicações atualizadas sobre o assunto, proporcionando um esclarecimento maior acerca do objeto, de modo a oferecer ganhos para os acompanhamentos das crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), familiares e profissionais da educação e da saúde. Partindo dessa perspectiva, apresenta-se o objetivo: identificar como a neurociência articulada à educação pode contribuir para o desenvolvimento das crianças com autismo, tendo em vista a significância do cérebro no processo de aprendizagem do ser humano. A hipótese inicial é de que os co-

nhecimentos neurocientíficos podem subsidiar a compreensão dos processos educacionais das crianças com TEA.

Para o entendimento da temática, foram utilizadas as pesquisas bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa, e o trabalho foi dividido em dois momentos. No primeiro: na exploração dos dados, foi realizado o levantamento de artigos e periódicos publicados em língua portuguesa relacionados às temáticas da educação, educação inclusiva, autismo, neurociência e psicoeducação. Ainda nessa etapa, foi realizado o estudo de documentos oficiais, dentre os quais, a Constituição Federal de 1988, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei nº 9.394/1996), a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (2012) e a Lei Brasileira de Inclusão – LBI (Lei nº 13.146/2015), no sentido de identificar os avanços e os limites da legislação brasileira no que se refere a políticas que assegurem direitos a pessoas com autismo.

No segundo momento, houve o tratamento do material coletado e o desenvolvimento do trabalho em si, durante o qual foram apresentados, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos utilizados, os conceitos e compreensões acerca da educação inclusiva, a relação entre o autismo e a educação, as contribuições da neurociência e da educação e, por fim, as possibilidades de uso de estratégias psicoeducativas com crianças autistas no contexto escolar.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, que trata de um objeto que não pode ser quantificado, foi utilizada a abordagem qualitativa de pesquisa, que é considerada por Creswell (2010, p. 43) como “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”. Na mesma direção, Minayo (2001, p. 22) entende que:

“A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 22).

Dentre as categorias de artigos científicos que utilizam “fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para fundamentar teoricamente um determinado tema” (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.133), um dos modelos é a revisão bibliográfica integrativa, formato que será utilizado neste estudo.

Para Whitemore e Knafel (2005), o “termo integrativo tem origem na integração de opiniões, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas no método”, ponto esse que “evidencia o potencial para se construir a ciência” (BOTELHO *et al.*, 2011).

Com isso, o percurso deste trabalho se deu em dois momentos: (1) exploração de dados e (2) análise do material coletado. A primeira fase foi realizada no período de setembro a novembro de 2018, com o levantamento de artigos e periódicos publicados em língua portuguesa nos últimos dez anos, sendo a busca feita na internet a partir das seguintes palavras-chave: “neuroeducação”, “neurociências”, “autismo”, “educação inclusiva” e “psicoeducação”. Na segunda etapa, por sua vez, que ocorreu no período de novembro a dezembro/2018, foi analisado o material coletado previamente e obtidos os resultados da pesquisa, a partir dos referenciais teóricos utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de possibilitar uma maior compreensão acerca do papel da neuroeducação no desenvolvimento da criança com autismo, seguem algumas considerações sobre os avanços e limites da educação inclusiva no Brasil, sobre a caracterização do transtorno do espectro

autista e a busca de alternativas de trabalho para o favorecimento de crianças com autismo, a partir das contribuições da neurociência para a educação e do uso de estratégias psicoeducativas no contexto escolar.

Educação Inclusiva

A educação, de acordo com a legislação brasileira, é direito de todos e dever do Estado e da família, e tem por finalidade o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. A educação abrange os processos formativos que se apresentam nos diversos contextos da vida humana, sendo a educação escolar aquela que se desenvolve, predominantemente, por meio do ensino (Constituição Federal de 1988 e Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB/1996).

No que se refere aos deveres do Estado com a educação, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 208, e a LDB, em seu artigo 4º, asseguram a educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade e o atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino. Afirmam que o não oferecimento do ensino obrigatório pelo Poder Público, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente.

Quanto à educação especial, a LDB, em seu artigo 58, assevera que, quando necessário, deve haver serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela da educação especial, e que o atendimento educacional deve ser feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) aponta para a organização das escolas e classes especiais no sentido de uma mudança estrutural e cultural da escola, para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas, compreendendo a inclusão como uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação.

Nessa mesma direção, é instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, a Lei n. 13.146/2015, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

No que se refere à legislação específica para pessoas com autismo no Brasil, em 27 de dezembro de 2012, foi sancionada a Lei n. 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que, além de reconhecer a pessoa com o transtorno como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, produz incidência em diversos campos, como na esfera assistencial, político/gestora, científico/acadêmica, educacional/pedagógica e dos direitos básicos.

No entanto, apesar de as leis brasileiras já terem avançado bastante, de acordo com Pimentel e Fernandes (2014), a inclusão estabelecida na legislação, com garantia de escolas regulares adequadas, com professores capacitados, adaptações curriculares e salas e serviços de apoio especializado, ainda não está totalmente implementada.

O que se observa é que, para que a inclusão exista de maneira efetiva, ainda são necessárias mudanças estruturais e curriculares, além de formação, apoio e materiais adequados para os professores, suporte às famílias e conscientização da população em geral. Nesse sentido, as autoras destacam:

[...] “a importância de programas de formação de professores para a implementação da política de inclusão de alunos com deficiência no ensino regular, pois não basta a promulgação de leis que determinem a criação de cursos de capacitação básica de professores, nem a obrigatoriedade de matrícula nas escolas da rede pública. Essas são, sem dúvida, medidas essenciais, porém não suficientes” (PIMENTEL e FERNANDES, 2014, p. 7).

Pimentel e Fernandes (2014) destacam também que, apesar do crescimento das matrículas de crianças com deficiência, com Transtornos Globais do Desenvolvimento e com altas habilidades na escola regular, o déficit de vagas ainda é grande, e constitui um desafio para os sistemas de ensino.

Portanto, para uma inclusão eficiente, além de considerar o grande contingente de pessoas excluídas do processo educacional e do atendimento educacional especializado, é fundamental o papel da escola, que conte com uma rede específica de apoio para os professores e que promova adaptações curriculares e medidas para facilitar a comunicação e o trabalho entre os profissionais envolvidos.

Autismo e Educação

De acordo com Silva e Mulick (2009, p. 2), o transtorno autista “faz parte de um grupo de transtornos do neurodesenvolvimento denominados Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGDs), Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TIDs) ou Transtornos do Espectro do Autismo (TEAs)”. Esse grupo de transtornos compartilha sintomas centrais no comprometimento em três áreas específicas do desenvolvimento, a saber: (a) déficits de habilidades sociais, (b) déficits de habilidades comunicativas (verbais e não-verbais) e (c) presença de comportamentos, interesses e/ou atividades restritos, repetitivos e estereotipados.

Na descrição da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (Organização Mundial da Saúde), o autismo é definido como um transtorno invasivo do desenvolvimento, identificado pelo surgimento antes dos três anos de idade e pelo característico funcionamento anormal nas áreas de comunicação, interação social e comportamento restrito, repetitivo e estereotipado.

Na mesma perspectiva, o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aponta o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como aquele que integra dois grupos de sintomas, a saber, o déficit na comunicação e interação social e o padrão de comportamentos, interesses e atividades restritos e repetitivos.

Giaconi e Rodrigues (2014) ressaltam que as contribuições sobre o autismo são frutos de trabalhos científicos de origens diversas, dentre as quais a biologia, a genética, a neurologia, a psicologia e a pedagogia, em favor de uma abordagem complexa, de amplo espectro, que assume a ideia compartilhada de que o transtorno se apresenta de forma variada, seja por proveniência etiológica, seja por quadro sindrômico, envolvendo uma tríade de sintomas que se manifestam nas áreas de desenvolvimento da comunicação, socialização e comportamento.

Silva e Mulick (2009) mostram que estudos têm indicado que a incidência de casos de autismo tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente nas últimas décadas, fazendo-se necessário que profissionais da saúde, educação e áreas afins estejam cada vez mais preparados para se deparar com casos de autismo nas suas práticas.

Entretanto, apesar dos enormes avanços nas últimas décadas em relação à identificação do quadro de autismo, o que se observa ainda hoje é a existência de uma grande lacuna em termos de conhecimento, de capacitação profissional e de implementação de programas de intervenção.

Estudos com crianças autistas, por exemplo, tendem a reiterar a indicação de que elas apresentam habilidades sociais muito limi-

tadas, que não conseguem brincar com seus pares e fazer amigos, que carecem de criatividade e iniciativa e, particularmente, que fracassam no desenvolvimento da empatia, sendo comum afirmar a preferência por objetos e não por pessoas.

Para Martins e Góes (2013), tem-se também que, como as ações das crianças são percebidas muitas vezes como movimento e manipulação sem sentido, as pessoas próximas vão deixando de significá-las. Como resultado, persiste um agir limitado e empobrecido, já que possíveis transformações não são incentivadas. Instala-se, então, um círculo vicioso em que o diagnóstico leva à atuação guiada pela crença nos limites circunscritos pelo diagnóstico, o que, por sua vez, faz estagnar o nível de funcionamento psíquico, em vez de elevá-lo, confirmando as características previstas. A fim de superar tal perspectiva, as autoras apontam a necessidade de busca de alternativas de trabalho que favoreçam às crianças autistas a elaboração de significados, a aprendizagem e a interação social.

Pesquisa realizada por Campos, Silva e Ciasca (2018, p. 1) revela que profissionais da saúde e da educação compreendem que “indivíduos com TEA são capazes de aprender, porém em modo e ritmo diferentes”, sendo o trabalho interdisciplinar um fator de significativa importância para o bom desenvolvimento e sucesso da inclusão escolar. Acreditam que a inclusão é para todos, e que contribui para o desenvolvimento de múltiplas habilidades, mas que ainda não ocorre de fato em virtude da precariedade de conhecimento por parte dos profissionais da educação e da falta de um projeto pedagógico que promova a inclusão escolar.

Corroborando tal análise, Pimentel e Fernandes (2014) identificam que os professores se consideram despreparados para lidar com alunos com TEA, bem como para educá-los e ensiná-los. Tal despreparo é decorrente da formação profissional insuficiente nas áreas especiais, da falta de informação sobre o transtorno e suas manifestações, da ausência de apoio de outros profissionais, da des-

crença no desenvolvimento escolar de crianças com TEA e da falta de suporte tecnológico e de infraestrutura.

No sentido de superar tais limitações, os professores observam a necessidade de ajuda para estruturação de práticas de ensino e de adequações curriculares, o que contribuiria para o desenvolvimento dos alunos com autismo e o aumento de sua participação em atividades acadêmicas.

Diante do exposto, uma alternativa viável apontada por Oliveira, Feldman, Couto e Lima (2017) seria a articulação intersetorial entre as políticas de saúde, educação e assistência social, no sentido de ampliar o acesso e qualificar a atenção às pessoas com TEA.

Neurociência e educação: contribuições para pessoas com autismo

A neurociência, segundo Sousa e Alves (2017), é compreendida como a área que estuda o Sistema Nervoso Central (SNC) e suas ações no corpo humano, estando presente em diferentes campos do conhecimento. A partir do entendimento de que, na área da educação, a neurociência busca compreender como o cérebro aprende e como se comporta no processo de aprendizagem, métodos são definidos para identificar como os estímulos podem chegar ao SNC, a partir do conhecimento das funções cerebrais, sabendo-se que a aprendizagem é alcançada por meio da estimulação das conexões neurais, que podem ser fortalecidas dependendo da qualidade da intervenção.

Para Oliveira (2014), a neurociência se integra a outras ciências e se difunde como um conceito transdisciplinar ao reunir diversas áreas de conhecimento no estudo do cérebro humano, incluindo a educação, que é a ciência do ensino e da aprendizagem. O autor apresenta estudos que apontam que a investigação da neurociência em contextos educativos possibilita novas descobertas refe-

rentes a aspectos biológicos e cognitivos, ampliando a compreensão acerca da aprendizagem, das habilidades e das deficiências de cada indivíduo, ajudando os profissionais da educação na medida em que passam a dispor de ferramentas para o alcance do potencial individual de desenvolvimento.

“O conhecimento, por parte do educador, do neurodesenvolvimento permite a utilizações de teorias e práticas pedagógicas que levem em conta a base biológica e os mecanismos neurofuncionais, otimizando as capacidades do seu aluno” (GILBERTO, 2014, p.16).

De acordo com Sousa e Alves (2017), para a neurociência, aprendizagem, memória e emoção, quando ativadas pelo processo de aquisição do conhecimento, ficam interligadas. Sem memória, o aprendizado se torna impossível e, sem aprendizado, não existe memória. As emoções podem facilitar a aprendizagem e, por sua vez, o estresse tem efeito contrário. O desafio para a educação, então, não é apenas saber como ensinar ou avaliar, mas apresentar o conhecimento em um formato que o cérebro aprenda melhor, o que está intrinsecamente relacionado a fatores motivacionais.

Assim, tem-se que a neurociência, por si só, não introduz novas estratégias educacionais, porém, a apropriação das bases da aprendizagem a partir da neurociência, que considera as condições neuroanatômicas, fisiológicas, emocionais, cognitivas e ambientais, pode promover avanços significativos para a educação.

Para Silva e Mulick (2009), existe certo consenso entre os especialistas de que o autismo é decorrente de disfunções do SNC, que levam a uma desordem no padrão do desenvolvimento da criança. Estudos de neuroimagens e de autópsias, por exemplo, apontam uma variedade de anormalidades cerebrais em indivíduos com autismo, como tamanhos anormais das amígdalas, hipocampus e corpo caloso, maturação atrasada do córtex frontal, desenvolvimento atrofiado dos neurônios do sistema límbico e padrões

variados de baixa atividade em regiões cerebrais diversas, como o córtex frontal e o sistema límbico. Além disso, pesquisas têm evidenciado anormalidades no padrão de crescimento cerebral de crianças autistas.

Apesar dessas evidências de anormalidades no neurodesenvolvimento vinculadas ao autismo, até o presente momento não foi possível determinar qualquer aspecto biológico, ambiental ou da interação de ambos, que pareça contribuir de forma decisiva para a manifestação desse transtorno, seja por conta da complexidade do SNC e/ou da grande variabilidade de manifestações sintomatológicas.

Devido ao fato de o autismo se manifestar nos primeiros anos da criança, um grande esforço tem sido direcionado para identificar anomalias genéticas ou exposição a eventos ambientais específicos no início da vida como possivelmente relacionados à emergência do transtorno. Mas, atualmente, não existe uma causa específica para o autismo, tendo sido apenas identificados fatores genéticos e neurobiológicos, além de fatores psicossociais, que parecem contribuir para a exibição de certos sintomas ou características particulares em pessoas com autismo.

O que se sabe hoje, de acordo com Giaconi e Rodrigues (2014), é que há uma tríade de áreas disfuncionais essenciais primariamente afetadas entre os três primeiros anos de vida, a saber, a comunicação, a interação social e o comportamento. Nos sujeitos com TEA, observa-se comprometimento quanto à capacidade de representar-se ou conhecer o próprio estado mental e de outras pessoas, fundamental para atribuir significado ao comportamento e poder prevê-lo. Há uma específica dificuldade na atribuição de crenças ou falsas crenças às outras pessoas, com consequente fixidez do pensamento frente aos eventos e objetos reais e concretos.

As pessoas com autismo possuem uma significativa dificuldade para decifrar os olhos e as expressões faciais dos outros e, dessa forma, seus estados emocionais e relacionais. Giaconi e Rodrigues (2014, p. 4) apontam estudos que:

“Evidenciam a existência de um distúrbio essencial na atenção compartilhada, ou seja, na capacidade de orientar a atenção a um evento/objeto com uma outra pessoa de forma simultânea e organizada. A condição autista, na realidade, “resulta em sobrecarga cognitiva e social, com uma específica carência na integração e na organização das várias informações em um nível unitário e central”, prejudicando uma visão orgânica e do todo” (GIACONI e RODRIGUES, 2014, p. 4).

Ainda segundo as autoras, algo também observado em pessoas com TEA é a falha no processamento de um sistema especial de neurônios-espelho, uma função que no ser humano aparece precocemente, que possibilita o desenvolvimento e a estabilização da cultura, e que dá origem à capacidade de agir como sujeitos individuais e também sociais.

A função central desempenhada pela imitação, na compreensão e reprodução da linguagem e do movimento, torna relevante a consideração dos neurônios-espelhos, pois pessoas com transtorno do espectro autista apresentam um distúrbio específico da função imitativa.

“A escassa atividade dos neurônios-espelho, ou a ausência dela, tem sido considerada a causa de atraso nas aprendizagens imitativas motoras e linguísticas, que é conhecido como a condição do autismo de apresentar distúrbios relacionados com a comunicação e motricidade no sentido lato. Investigações clínicas revelaram inclusive traços comportamentais idênticos na área motora e na linguística do sujeito com autismo: estereotípias, ecolalia, descoordenação, tendência ao caos, afinalismo, etc.” (GIACONI E RODRIGUES, 2014, p. 5).

No que se refere aos estilos de pensamento nas pessoas com autismo, tem-se que, para além do provável déficit cognitivo, a função geral indicada como pensamento traz traços qualitativamente diversos, mais desordenados e desorganizados do que deficitários

ou diminuídos, o que acaba gerando condutas desadaptadas de vários tipos, tais como: desconfiança, medo, recusa, evitação, respostas bizarras, agressividade, ritualismo, estereotípias motoras e verbais, rejeição a mudanças e condutas obsessivas.

Para Giaconi e Rodrigues (2014), a identificação dessas dificuldades envolvidas na compreensão das situações e na previsão dos eventos, associadas à adaptação da pessoa com autismo nos ambientes escolares ou sociais, requer uma melhor definição do sofrimento dos sujeitos autistas no tempo e no espaço. A explicação científica e clínica para tal condição reside na desorganização cognitiva e na dificuldade de imaginação, que torna difícil pensar em coisas, imagens ou eventos que não sejam imediatamente presentes.

Nesse sentido, há uma elevada dificuldade com relação à representação/ organização do espaço. O espaço em relação ao tempo presta-se mais à tradução em imagens (fotografias, desenhos, modelos, etc.), favorecendo uma estimulação icônica e verbal, auxiliando os que, como os autistas, preferem a forma de pensamento visual. Ao contrário, o tempo é mais difícil de ser representado e de ser compreendido, por suas características de abstração e fugacidade. O tempo, então, deve ser também marcado visualmente, por meio, por exemplo, de relógio mural com fotos, desenhos, etc., indicando sua passagem segundo noções de antes e depois, intervalo ou duração.

Tais considerações de Giaconi e Rodrigues (2014) permitem ainda identificar, nas pessoas com autismo, uma condição de desorganizada executividade de sequência de ações nos contextos espaciais e temporais (dispraxia sequencial). Tal regime cognitivo, regulado de modo desorganizado, constitui motivo de desadaptação e gera possíveis reações de crise, tais como: repetitividade, ritualidade, resistência à mudança, crises motoras e vocais, crises emocionais, resistência, passividade e/ou condutas bizarras.

Pela tendência ao desenvolvimento desses tipos de reação, Giaconi e Rodrigues (2014) entendem que o processo de inclusão na escola de um sujeito com TEA é considerado particularmente

problemático. O difícil trabalho adaptativo requerido é dificultado por comprometimentos comunicativos, relacionais e, sobretudo, imaginativos. Esses distúrbios facilmente dão lugar a condutas de recusa e rejeição, que nada mais são que estratégias de defesa.

Assim, as estratégias de inclusão escolar de pessoas com autismo não podem excluir uma intencional atenção à estruturação dos espaços e dos tempos.

Para as autoras Giaconi e Rodrigues (2014), com vistas a uma efetiva inclusão escolar, e considerando os processos cognitivos dos sujeitos com autismo, as ações profissionais da educação devem se orientar e se qualificar nas seguintes direções: no conjunto de cuidados e intervenções sobre o indivíduo e o ambiente (prevenção), no diagnóstico especial, com particular atenção para a pluralidade das intervenções educativas e didáticas, na avaliação pedagógica contínua, na integração laboral e escolar, na avaliação e controle dos percursos projetados e na comunicação e planejamento conjunto com a família.

Diante de todo o exposto, observa-se quão promissora pode ser uma parceria entre a neurociência e a educação, pois, a partir de todo o conjunto de saberes do SNC, bem como do que ele gera, como comportamentos, pensamentos, emoções e movimentos, a educação pode dar um salto em efetividade e eficácia.

Pesquisas têm apontado descobertas promissoras de como são feitas as conexões neurais que possibilitam o processo de aprendizagem, envolvendo aspectos cognitivos, emocionais, motivacionais e afetivos. Ora, a aprendizagem modifica o SNC, o que pode ser compreendido a partir do conceito de plasticidade cerebral, que é a capacidade que o cérebro tem de se remodelar, e esse processo adaptativo dá às pessoas com autismo as possibilidades de aprender, a partir de estímulos externos, promovendo o desenvolvimento de novas potencialidades.

Nesse sentido, Oliveira (2014) destaca a importância que a educação vem ganhando ao se comprovar que as estratégias peda-

gógicas utilizadas no processo de ensino e aprendizagem são eficientes na reorganização do SNC em desenvolvimento.

Para tanto, Sousa e Alves (2017) apontam ser imprescindível que educadores entendam a relação entre as estruturas cerebrais e a aprendizagem, de modo que os conhecedores dessa realidade possam transformar a informação em conhecimento e o conhecimento em práticas educacionais.

Entende-se, portanto, que a neuroeducação pode contribuir para o processo de desenvolvimento das pessoas com autismo, não no sentido de acabar com os problemas relacionados à educação e à vida social, mas como uma ferramenta que pode fornecer o embasamento teórico-científico para melhorar a aprendizagem e estimular de forma adequada as potencialidades dos sujeitos.

Abordagem psicoeducativa no contexto escolar

A necessidade de atualização das práticas educacionais nos últimos anos levou à aproximação da pedagogia, da psicologia e das neurociências. Ao arcabouço teórico sobre a educação, o comportamento humano e os aspectos motivacionais, emocionais e afetivos foram adicionados à compreensão acerca dos mecanismos cerebrais que estão envolvidos no processo de aprendizagem, como, por exemplo, a atenção, a memória e a linguagem. Esse entendimento amplo das condições neuroanatômicas, fisiológicas, emocionais, cognitivas e ambientais pode ser transformado em estratégias educacionais.

Tendo em vista a diferença de sintomas e de desenvolvimento de cada pessoa com autismo, é necessário compreendê-la como um espectro de condições, de modo que as características pessoais, contextuais e culturais de cada indivíduo precisam ser consideradas para a análise de seu desenvolvimento e evolução.

Nesse sentido, identificar o desempenho intelectual de pessoas com o transtorno é importante na medida em que “o com-

prometimento intelectual é uma das características frequentes em indivíduos com TEA, sendo, portanto, relevante, para a elaboração do plano pedagógico individualizado no processo de inclusão escolar” (CAMPOS, SILVA e CIASCA, 2018, p. 2), bem como de uma ação psicoeducativa, no intuito de auxiliar a pessoa com o transtorno em direção a mudanças comportamentais, sociais e emocionais.

Sendo a psicoeducação uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o sujeito e os cuidadores sobre a patologia, o uso de uma abordagem psicoeducativa com pessoas com autismo possibilita uma adaptação mais adequada à vida familiar, social e laborativa, na medida em que auxilia o reconhecimento dos sintomas da patologia, o planejamento de estratégias de convívio com a mesma, bem como uma maior compreensão acerca do distúrbio pelos cuidadores.

De acordo com Giaconi e Rodrigues (2014), a perspectiva de melhora da qualidade de vida é colocada, sobretudo, em dois âmbitos de ganhos formativos, a saber: a melhora de algumas áreas funcionais (perceptivas, comunicativas, intelectuais, relacionais, etc.), nas quais se evidencia a função cognitiva global, e a melhora da adaptação a diversos ambientes da vida, relacionada à idade do sujeito.

No que tange ao processo adaptativo, tornam-se relevantes cinco contextos especialmente envolvidos em sua realização: família, escola, centros especializados (reabilitativos, sociais e comunidades), locais de trabalho e locais de lazer. A esses compete, em razão da especificidade do transtorno, “ativar ações diretas e indiretas para consentir a necessária liberação de processos que permitam a pessoa com autismo de viver suficientemente a presença nas situações” (GIACONI e RODRIGUES, 2014, p. 3).

Levando-se em consideração a gravidade do caso, isso é aceitável quando o sujeito compreende as principais dinâmicas físicas e relacionais expressas no ambiente e quando se previnem, evitam ou atenuam as crises reativas e os estados de sofrimento.

Também no que se refere à melhora da qualidade de vida e ao desenvolvimento de crianças com autismo, estudos mostram a relevância do tratamento multidisciplinar, principalmente com evolução referente à interação, comunicação, coordenação motora e interesse em querer aprender, o que auxilia no processo de inclusão escolar.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância da articulação entre os profissionais da saúde e da educação, embasada por um trabalho interdisciplinar/transdisciplinar, com o intuito de atingir melhores resultados no desenvolvimento social e cognitivo da criança com autismo.

Porém, segundo Silva, Molero e Roman (2016), educadores relatam problemas no que concerne às inter-relações entre saúde e educação, destacando uma insuficiência de articulação entre as duas áreas, na medida em que permanece a saúde na posição de saber especializado. Assim, são fortalecidos os processos de patologização e soluções com base em medicamentos, sendo evitado o questionamento e o rearranjo de práticas educacionais, pelo que os autores consideram necessária uma efetiva colaboração entre saúde e educação, em que ambas conservem suas especificidades e se enriqueçam reciprocamente.

Para Silva, Molero e Roman (2016), apesar dos limites encontrados, os educadores vislumbram possibilidades de interface entre as duas áreas na perspectiva da inclusão. Os professores, inclusive, consideram o apoio de profissionais da área da saúde como um aspecto fundamental para a atuação com crianças que apresentam deficiências, considerando-se despreparados para promover a inclusão, tendo em vista a fragilidade da formação profissional.

Diante do exposto, um trabalho de psicoeducação com profissionais da área da educação poderia contribuir para o desenvolvimento de crianças com autismo, pois é evidente a necessidade de que os professores sejam instrumentalizados a fim de atender às especificidades de seus alunos.

Também é fundamental, segundo Silva, Molero e Roman (2016), a inter-relação entre as políticas públicas, e também entre as várias disciplinas, especialmente no que tange às contribuições da Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicopedagogia ao processo de inclusão escolar de crianças com deficiência e transtorno global do desenvolvimento.

Segundo os autores citados, as ações conjuntas de profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social são fundamentais para apoiar o trabalho das unidades de ensino, de modo a potencializar a ação de cada profissional em suas especificidades, com uma atuação colaborativa e que supere a fragmentação dos saberes e fazeres nas diferentes instâncias do atendimento.

Ainda de acordo com Silva, Molero e Roman (2016), na visão dos professores, este contato se faz necessário no sentido do acompanhamento integral e de atenção às necessidades dos alunos, de modo a inteirar-se da condição clínica dos estudantes atendidos, dos progressos, das dificuldades, do desenvolvimento socioemocional e psicomotor, de acordo com o tipo de atendimento, visando à adequação de métodos, materiais e conteúdos no campo pedagógico, o que consistiria num suporte para o educador formular adaptações no atendimento ao aluno com deficiências e transtornos globais do desenvolvimento.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que, apesar dos avanços da legislação brasileira, a educação inclusiva, com garantia de escolas regulares adequadas, com professores capacitados, adaptações curriculares e salas e serviços de apoio especializado, ainda não está totalmente implementada, sendo necessárias mudanças estruturais e curriculares, além de formação, apoio e materiais adequados para os professores e suporte às famílias.

Também foi constatado que a neurociência e a educação podem, em articulação, contribuir para o desenvolvimento das crianças com autismo, considerando a significância do cérebro no processo de aprendizagem do ser humano.

Porém, foi observado que os conhecimentos em neurociência não são partilhados universalmente nas diversas áreas de interesse, incluindo a educação, e que ainda há dificuldade na realização de um trabalho conjunto entre educadores e profissionais da saúde, fazendo-se necessário efetivar a inter-relação entre as políticas públicas.

A fim de superar tais limitações, e objetivando contribuir com o processo de desenvolvimento de crianças com autismo, foi identificada a possibilidade de realização de um trabalho de psicoeducação com pessoas com TEA, com o intuito de auxiliá-las em direção a mudanças comportamentais, sociais e emocionais, e com profissionais da educação, tendo em vista a evidente necessidade de os professores serem instrumentalizados no sentido de garantir um atendimento adequado aos seus alunos, de acordo com suas especificidades.

Diante do exposto, o presente estudo atendeu aos objetivos iniciais, na medida em que conseguiu identificar como os conhecimentos neurocientíficos podem subsidiar a compreensão dos processos educacionais no sentido de favorecer o desenvolvimento de crianças com autismo. Assim, a pesquisa revelou que a neurociência pode contribuir nesse processo, ao fornecer o embasamento teórico-científico para melhorar a aprendizagem e estimular de forma adequada as suas potencialidades.

Sabendo-se da complexidade da temática e das limitações desta pesquisa, restrita à análise de estudos e documentos já produzidos, novas pesquisas acerca do assunto em questão são de fundamental importância, de modo a oferecer ganhos para as pessoas com autismo, familiares e profissionais da educação e da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. R. **Desafios e perspectivas para inclusão de alunos com autismo na rede pública municipal de Fortaleza**: estudo de caso. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em formação continuada de professores para o AEE). Faculdade de Educação (UFC), Fortaleza, 2014.
- BORBA, M. M. C. **Intervenção ao autismo via cuidadores**. Tese de Doutorado. Belém: Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento. 138 p. 2014.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.
- BOSA, C. A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 47-53, 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**, de setembro de 2008.
- BRASIL. **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**. Lei nº 12.764/2012.
- BRASIL. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**, a Lei nº 13.146/2015.
- BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
- CAMPOS, C. C. P.; SILVA, F. C. P.; CIASCA, S. M. Expectativa de profissionais da saúde e de psicopedagogos sobre aprendizagem e inclusão escolar de indivíduos com transtorno do espectro autista. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 35, n. 106, p. 3-13, 2018.
- CUNHA, E. **Autismo na escola**: um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar – ideias e práticas pedagógicas. Rio de Janeiro: Wak, 2016.
- FISCHER, K.W. **Mind, brain, and education**: building a scientific groundwork for learning and teaching. **Mind, Brain, and Education**, v. 3, n. 1, p. 3-16, 2009.
- GIACONI, C.; RODRIGUES, M. B. Organização do espaço e do tempo na inclusão de sujeitos com autismo. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 687-705, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

MARTINS, A. D. F.; GÓES, M. C. R. Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo. V. 17, n. 1, p. 25-34, 2013.

MIELE, F. G.; AMATO, C. A. de H. Transtorno do espectro autista: qualidade de vida e estresse em cuidadores e/ou familiares - revisão de literatura. **Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvol.** São Paulo, v. 16, n. 2, p. 89-102, 2016.

OLIVEIRA, B. D. C. *et al.* Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação¹. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 707-726, 2017.

OLIVEIRA, G. G. **Neurociências e os processos educativos: um saber necessário na formação de professores**. Educação Unisinos, v. 18, n. 1, p. 13-24, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID)**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

ORRÚ, S. E. **Aprendizes com Autismo**: Aprendizagem por eixos de interesse em espaços não excludentes. Petrópolis: Vozes, 2016.

PIMENTEL, A. G. L.; FERNANDES, F. D. M. A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 171-178, 2014.

SILVA, C. C. B; MOLERO, E. S. S.; ROMAN, M. D. A Interface entre Saúde e Educação: percepções de educadores sobre educação inclusiva. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 109-115, 2016.

SOUSA, A. M. O. P; ALVES, R. R. N. A neurociência na formação dos educadores e sua contribuição no processo de aprendizagem. **Rev. Psicopedagogia**, São Paulo, v. 34, n. 105, p. 320-331, 2017.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, 2014.

O BULLYING E SEUS IMPACTOS NO ENGAJAMENTO ESCOLAR

*Karla Julianne Negreiros de Matos
Janiele da Silva Freitas
Ruth de Souza Sales
Lídia Andrade Lourinho*

INTRODUÇÃO

Olivia, 15 anos, estatura média, magra, cabelos cacheados, estuda na mesma escola desde o infantil e, ao longo da sua vida, cresceu ouvindo os diversos apelidos que os colegas colocavam. Sua magreza era um dos motivos maiores de ofensas, tinham os apelidos de feia, magrela e cabelo ruim, e por seu nome remeter a um desenho animado, o apelido de Olivia Palito era o que mais a magoava, que deixava Olivia triste, e que a fez odiar seu nome. Olivia era bem tímida e pouco se expressava na sala, mesmo não se expressando nas aulas ela se dedicava aos estudos, tinha boas notas. Mas desde o início do ano os apelidos começaram a ficar cada vez mais ofensivos e intensos. Além dos apelidos, ela passou a receber mensagens via aplicativo no qual seu rosto fora colocado em imagens de meninas com transtorno alimentar.

A escola já não era mais um lugar que Olivia gostava de estar, uma menina tímida devido a todos os acontecimentos que ela sofria na escola desde muito pequena, na fase atual de sua vida, a adolescência, sua vontade de ir à escola quase não existe mais, seu

rendimento escolar caiu muito, não se dedicava mais como antes, agora além de seus apelidos, seu rendimento escolar estava ruim, não tinha mais ânimo de ir pra escola, faltava muito e sempre inventava alguma doença para a mãe, a fim de não ir à escola.

A história de Olivia é um exemplo de um tipo de violência registrado cada dia com mais frequência e intensidade nas escolas no mundo inteiro. A escola deveria ser um ambiente seguro, onde a violência deveria ser apenas falada para a prevenção, e não vivenciada. Casos de *bullying* dentro do ambiente escolar são cada vez mais frequentes (Valle *et al.*, 2015).

Entendem-se como *bullying* atos de violências físicas e psicológicas, praticados por um agressor ou mais agressores, repetitivas vezes, em um mesmo alvo, tendo como intuito intimidar ou diminuir a vítima, mostrando-se superior a ela, e com isso trazer graves prejuízos para a vida de quem sofre esse tipo de violência (Bandeira, 2010). Tanto o agressor como o agredido são vítimas da violência. O agressor sofre demasiadamente com seus atos, pois se entende que seus atos violentos são consequências do que ele pode estar sofrendo em seu ambiente familiar. Sabemos que o meio no qual se vive interfere no comportamento de cada pessoa, então um aluno que sofre violência doméstica tem grandes possibilidades de expressar esses atos violentos no ambiente escolar, e a escolha de sua vítima será sempre a que pareça ser a mais indefesa, um alvo mais frágil (Bandeira, 2010).

O fenômeno *bullying* está presente no contexto escolar e muitos adolescentes já sofreram essa violência. Em vista disso, é preciso falar sobre este fenômeno. Olweus foi pioneiro em pesquisar o assunto e fundador de um programa de prevenção ao *bullying*. O pesquisador norueguês iniciou seus estudos sobre o tema na década de 80. Sua pesquisa contou com cerca de 85 mil estudantes nos quais observou uma prevalência de 14% de violência por pares na escola. Além disso, esses resultados repercutiram de forma positiva com vários movimentos antibullying e com o apoio do governo, conseguiu-se reduzir em 50% esse tipo de violência (OLWEUS,1993).

Segundo os dados do PENSE (Pesquisa Nacional Saúde Escolar, 2015), com base em pesquisas realizadas por meios de questionários sobre a ocorrência e a frequência com que os colegas de escola se sentiram humilhados pelas provocações dos colegas, identificou-se que 5,4% dos estudantes relataram ter sofrido *bullying*. Destacaram-se, entre os motivos, a aparência do corpo (15,6%) e a aparência do rosto (10,9%). Já o estudo de Sampaio (2015), com 232 alunos do sexto ao nono ano do Ensino Fundamental de uma escola pública estadual de São Paulo sobre *bullying*, apresentou que 22,2% dos participantes se enquadravam no perfil de vítimas e 17,4% no perfil de agressores.

O *bullying* pode se manifestar por via direta e indireta. O *bullying* direto é caracterizado pela manifestação de agressões de um aluno em relação a outro, com agressões físicas de bater, chutar e tirar pertences, e psicológicos, ao usar palavras de baixo calão, fazer gestos e expressões faciais. E o *bullying* indireto é caracterizado por as atitudes de indiferença e difamação de um colega ou grupo sobre outro, causando a saída da vítima do ambiente escolar (SILVA *et al.*, 2017 *apud*. OLWEUS, 1993). Além das duas formas citadas, existe também a psicológica que, conforme Silva *et al.* (2018) afirmam, resulta como consequência das duas formas anteriores, e tais consequências são avassaladoras para as vítimas, levando-as à depressão e ao isolamento.

Tanto o agressor quanto a vítima apresentam um perfil que pode ser reconhecido por suas atitudes. Observa-se que existe um predomínio entre as vítimas de crianças e adolescentes que fazem parte das minorias, como: negras, homossexuais, obesas, deficientes, entre outros. Outro ponto relevante é que as vítimas em geral apresentam comportamento inibido, passivo ou submisso (BANDEIRA, 2010). O *bullying* pode ser descrito como uma violência relacionada às questões de poder, pois o agressor muitas vezes relaciona a agressividade a uma qualidade que muitas vezes é reforçada pelo comportamento dos colegas que participam da violência como plateia (BANDEIRA, 2010).

Outra vertente do *bullying* é o *cyberbullying*. Essa modalidade de violência está relacionada com a era tecnológica. Segundo Caetano *et al.* (2016), o *cyberbullying* é uma forma de agressão muitas vezes mais insidiosa que o *bullying* tradicional. Esse tipo de violência ocorre através da internet, por meio das redes sociais, de modo que os agressores se utilizam dessa ferramenta para iniciar ou continuar a violência contra seus pares.

As consequências do *cyberbullying* são também cruéis e podem ter uma gravidade ainda maior do que o próprio *bullying* para quem sofre com esse fenômeno. Os prejuízos causados na vida dessa pessoa interferem diretamente nas suas relações sociais, ao gerar baixa autoestima, ao ponto de a vítima ficar isolada do meio social como uma forma de proteção. Há também outros tipos de prejuízos, como a aprendizagem, pois se verifica uma queda na atenção da criança e quando o *cyberbullying* origina-se na escola, a vítima tende a faltar às aulas (MAIDEL, 2009).

As consequências do *bullying* na vida de quem se envolve com esse tipo de agressão, seja como autor, seja como vítima, são diversas, a curto ou em longo prazo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013). As vítimas têm consequências emocionais como a baixa autoestima, sentimentos de solidão, medo e angústia, e na esfera psicológica, ansiedade, depressão, ideias suicidas ou a própria tentativa de suicídio. E os agressores podem apresentar baixo rendimento escolar, evasão escolar, envolvimento com drogas ilícitas e também com atos infracionais. (ALBUQUERQUE, *et al.*, 2013).

A violência sofrida por meio desse fenômeno afeta diretamente o engajamento escolar do aluno. Agressores e vítimas têm um engajamento escolar baixo, diferentemente de quem não sofre com essa violência. Segundo Valle *et al.*, (2015), notou-se que alunos com baixo rendimento agrediam os outros mais frequentemente e alunos com um bom rendimento apresentavam menos agressões.

Os alunos mais engajados nas atividades escolares e que consideram a escola um ambiente agradável tendem a ter um rendi-

mento escolar positivo e os alunos que não se sentem pertencentes àquele ambiente tendem a ser um praticante agressor/vítima do *bullying* (Valle *et al.*, 2015). O objetivo desta pesquisa teórica é discutir o *bullying* e como ele impacta nas diversas áreas da vida das vítimas e agressores, em especial no engajamento escolar.

RESULTADOS

São cada vez maiores os números de casos registrados de violência em todas as áreas da sociedade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a violência se tornou um dos principais problemas de saúde pública no mundo. No Brasil, a violência que se tem presenciado é de magnitude e intensidade sem precedentes, sendo esta taxa maior até que em países em situação de guerra (SOUZA *et al.*, 2006).

Uma das formas mais visíveis da violência na sociedade é a chamada violência juvenil, assim denominada por ser cometida por pessoas com idades entre 10 e 21 anos. (NETO, 2005). A maior parte dessa violência é cometida nas escolas, onde os jovens se expõem, na maioria das vezes, de forma agressiva uns para com os outros, em forma de agressão verbal, psicológica ou até mesmo física, na tentativa de dominar/humilhar o outro. Sem que haja qualquer tipo de provocação por parte da vítima, o agressor, na tentativa de “crescer” perante o outro, se aproveita da sua fragilidade, sem nem ao menos medir esforços. Esse tipo de violência é conhecido como *bullying*.

O *bullying* é uma palavra de origem inglesa que deriva da palavra *bully*, que significa tirano ou valentão. De acordo com Bandeira (2010), a provocação é repetida e tem um caráter degradante e ofensivo, sendo mantida apesar da emissão de sinais claros de oposição e desgosto por parte do alvo. Seus atos são de violências físicas, psicológicas ou sexuais contra uma mesma pessoa. Deve-se ter um olhar para esse fenômeno, sem esquecer que ele se engloba dentro de um fenômeno maior, que é a violência escolar.

Ampliam-se as repercussões de qualquer tipo de violência para o desenvolvimento, afinal, se não tratarmos desde a fase infantil poderá acarretar problemas maiores que se estenderão até a fase adulta. O artigo de Hildebrand (2015) sobre o risco para a saúde de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica aponta como possível seqüela a maior probabilidade de desenvolvimento de transtorno mental dos sujeitos vítimas de violência, como resposta do sujeito aos estressores físicos e psicossociais.

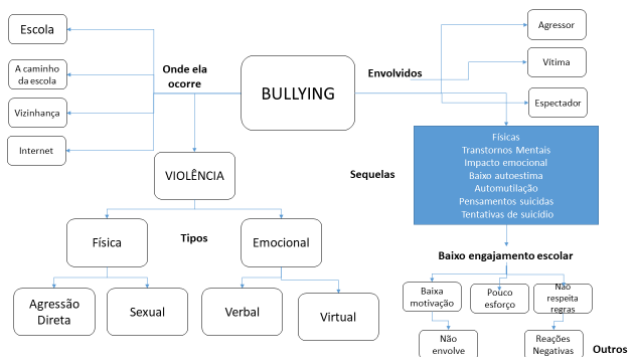
Já o estudo de Muniz (2014) sobre promoção e prevenção de saúde em crianças e adolescentes vítimas de *bullying* de uma escola do Rio Grande do Sul apontou que o *bullying* pode ser um dos desencadeadores de casos de ansiedade entre os adolescentes. Esses sintomas apresentados pelos autores também podem afetar diretamente o processo de aprendizagem. Além disso, Chiorlin (2007, *apud* NASCIMENTO *et al.*, 2013), salienta que a capacidade de fazer amizades, de interagir e de se expressar também é prejudicada, seja ela do agressor, vítima ou até mesmo da testemunha.

A revisão de literatura de Pigozi (2015) sobre o *bullying* no Brasil apresenta a relação entre ser vítima de *bullying* e desenvolver o estresse pós-traumático. Além disso, observou-se que há associação à vitimização e a comportamentos hiperativos e menor capacidade em relacionar-se com seus pares. Outras seqüelas apresentadas foram: a) comportamentos depressivos, apáticos, ciclotímicos e voláteis, b) traços emocionais, como: tristeza, baixa autoestima, menor capacidade de foco e disciplina, c) maior fragilidade emocional na vida adulta. Já como seqüelas físicas, diz o autor:

“Crianças e adolescentes vítimas de bullying podem apresentar cefaleia (dor de cabeça), dores abdominais, insônia, enurese noturna (urinar na cama), depressão, ansiedade, falta à escola, diminuição da performance acadêmica, agressão a si próprio, pensamentos e tentativas de suicídio, perda de pertences, lesões no corpo, roupas e pertences em mau estado (rasgado ou sujo) e agressividade(...)” (PIGOZI, 2015, p. 3517).

Alguns estudos fazem distinção dos ‘alunos-alvos’ entre vítimas passivas e vítimas provocadoras. As vítimas passivas, em geral, não reagem às intimidações e tampouco pedem ajuda aos professores, aos pais, nem mesmo aos colegas. Tendem a fugir, a apresentar medo, a chorar (especialmente os mais jovens) ou a se submeter à situação (por exemplo, entregando a merenda ou o dinheiro). Essa atitude fortalece o comportamento dos agressores, que voltam a praticar o *bullying* com os mesmos alvos (RISTUM, 2010).

Figura 1 - Mapa Mental sobre o bullying.



O engajamento escolar pode ser entendido como: a relação entre os alunos e as atividades estabelecidas pelo ambiente de aprendizagem, a partir de parâmetros, como: motivação, desempenho em atividades, suas dificuldades apresentadas no processo de aprendizagem, relação com professor e equipe técnica, relacionamento com os colegas, experiências posteriores ao contexto escolar. Além disso, inclui: variáveis relacionadas ao comportamento, emoções e aspectos relacionados a cognição, sendo que essas variáveis se estruturam e se relacionam de forma dinâmica e inter-relacional (Stelko-Pereira, 2015).

O *bullying* é apontado como um dos principais fatores que ocasionam a falta de engajamento escolar, pois reflete um clima de insegurança no qual os alunos não se sentem de fato à vontade para frequentar o ambiente escolar, podendo levar até mesmo a repetir o ano ou abandonar os estudos, assim como podem também apresentar atitudes depressivas ou agressivas.

Sintomas de transtornos mentais, como os depressivos, podem ter impacto no engajamento escolar, seja diretamente ou por mediação de outras variáveis. Estudantes que possuem sentimento de tristeza têm maior probabilidade de se tornarem vítimas ou agressores de *bullying*, assim como estudantes que têm problemas psicológicos são mais prováveis de ter algum envolvimento em violência. Apresentar quadros de problemas psicológicos pode influenciar o rendimento escolar e aqueles que têm dificuldades escolares são mais prováveis de estarem envolvidos com vitimização ou autoria de *bullying*. Dessa maneira, parece haver um ciclo em que vitimização por *bullying*, baixo rendimento escolar e problemas psicológicos se influenciam mutuamente, sendo difícil para um aluno vítima, com problemas psicológicos e baixas notas mudar sua condição. (Eisenberg, & cols., 2003; Glew, & cols., 2005 *apud* VALLE *et al.*, 2015).

A pesquisa de Mehta (2013), realizada com 7058 estudantes da nona série de 289 escolas nos Estados Unidos, avaliou como o *bullying* interfere no engajamento escolar. No nível individual, o gênero estudantil foi um preditor significativo do comprometimento com a escola ($\beta = 1,80$, $p < .01$). Estudantes do sexo feminino estavam mais comprometidas com a escola do que os estudantes do sexo masculino. A raça do estudante também foi um preditor significativo de compromisso com a escola ($\beta = 0,58$, $p < 0,01$). Os estudantes minoritários estavam mais comprometidos com a escola do que seus pares caucasianos. Juntos, gênero e raça representaram 4,1% da variação dentro da escola no comprometimento com

a escola. Além disso, levando-se em consideração tanto o gênero quanto a raça, a percepção do estudante sobre o clima de *bullying* na escola foi significativamente relacionada ao comprometimento com a escola ($\beta = -0,22$ $p < .01$). A percepção em nível individual do clima de *bullying* representou um adicional de 2,4% da variação dentro da escola no comprometimento com a escola acima dos efeitos de gênero e raça. Isso significa que os estudantes que perceberam mais *bullying* na escola relataram menos comprometimento com a escola do que os estudantes que perceberam menos *bullying* na escola. No total, esse modelo explicou 6,5% da variação dentro da escola no comprometimento com a escola.

Infelizmente, não são todas as escolas que estão abertas a lidar e a tentar solucionar este problema vigente. É necessária uma intervenção imediata no nosso cenário atual de educação. Faz-se necessária a elaboração de projetos que facilitem a empatia entre os estudantes, afinal, o grande problema é que muitas vezes esses alunos não conhecem outras formas de se relacionar. Cabe aos profissionais e aos pais desses estudantes mediar situações em que eles se coloquem no lugar da vítima, confirmar que o outro se sente tão mal quanto ele se sentiria na mesma situação. (TOGNETTA *et al.*, 2014).

CONCLUSÕES

O *bullying*, fenômeno complexo que demanda uma análise aprofundada, permeia os diversos contextos escolares, acarreta prejuízos físicos, psicológicos, educacionais e sociais. Tais prejuízos apresentam diferentes consequências para a vítima, entre elas, a relação e o comprometimento com a escola, que podem diminuir ou mesmo deixar de existir.

As pesquisas evidenciaram que a violência não pode ser analisada de forma simples e que solicita uma reflexão sobre como as

relações sociais estão sendo constituídas. A violência e o *bullying* escolar, nessa lógica, são considerados como um reflexo da problemática social. Destarte, políticas de combate ao *bullying* devem considerar a violência e suas causas a partir de uma perspectiva social.

Os sintomas e as consequências desse fenômeno impactam no protagonismo do aluno e produzem rupturas no engajamento escolar, seja de modo direto ou através de outros fatores. Os alunos que apresentam problemas psicológicos se envolvem mais facilmente com os atos de violência, portanto, têm uma maior chance de se tornarem vítimas ou agressores de *bullying*.

A presença de problemas psicológicos pode afetar o rendimento e o protagonismo escolar. Presume-se que os que têm dificuldades escolares são mais susceptíveis de se envolverem com vitimização ou autoria de *bullying*. Sendo assim, podemos identificar a existência de uma dinâmica em que problemas psicológicos, vitimização por *bullying* e baixo rendimento escolar se entrelaçam mutuamente, sendo bastante difícil para um aluno com problemas psicológicos, vítima de *bullying* e baixo rendimento escolar, sair dessa dinâmica.

A dificuldade em perceber os efeitos do envolvimento como agressor no *bullying*, associada à percepção errônea de que as vítimas que reagem de forma agressiva estão se comportando de modo adequado, evidencia a necessidade de intervenções educativas que explicitem, para toda a comunidade escolar, os fatores ambientais e de repertório individual que mantêm o comportamento agressivo.

A revisão de artigos científicos publicados em periódicos nacionais demonstrou que o *bullying* escolar vem ganhando cada vez mais espaço nas publicações científicas. Há uma grande concentração de estudos que apresentam como objetivo investigar questões de definição e de identificação do fenômeno, e explorar a sua incidência em escolas do Brasil. Porém, são escassas as publicações que discutem o protagonismo escolar do aluno, seja ele vítima ou agres-

sor, mesmo sabendo-se que o envolvimento com o *bullying* está associado negativamente ao engajamento escolar dos alunos. Sendo assim, alunos que se envolvem em situações de bullying tendem a apresentar prejuízos no engajamento escolar e, por conseguinte, dificultam a promoção de relações sociais positivas e saudáveis no contexto escolar.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P. P.; ALBUQUERQUE, L. C.; D’AFFONSECA, W. S. M. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 91-98, 2013.
- BANDEIRA, C. M.; HURT, C. S. As implicações do bullying na autoestima de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.131-138, 2010.
- CAETANO, A. P.; FREIRE, I.; SIMÃO, A. M. V.; MARTINS, M. J. D.; PESSOA, M. T. Emoções no cyberbullying: um estudo com adolescentes portugueses. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 199-212, 2016.
- HILDEBRAND, N. A. *et al.* Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 213-221, 2015.
- LOPES NETO, Aramis A. **Bullying: comportamento agressivo entre estudantes**. J. Pediatr. (Rio J.) [online], v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.
- MAIDEL, S. Cyberbullying: um novo risco advindo das tecnologias Digitais. **Revista electrónica de investigación y docencia (REID)**, v. 2, n. 1, p. 113-119, 2009
- MEHTA, S. B.; CORNELL, D.; FAN, X.; GREGORY, A. Bullying Climate and School Engagement in Ninth-Grade Students. **Journal of School Health**, v. 83, n. 1, 2013.
- MUNIZ, R. J.; SOUZA, A.. Dor, Ansiedade e Bullying: a educação física como promoção e prevenção em saúde a adolescentes. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 2, p. 51-60, 2014.
- OLWEUS, D. **Bullying at school. What we know and what we can do**. Brit J Educ Stud, v. 42, n. 4, p. 403-406, 1993.
- PIGOZI, P. L.; MACHADO, A. L. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3509-3522, 2015.

RISTUM, M. Bullying escolar. In: ASSIS, SG., CONSTANTINO, P., and AVANCI, JQ., orgs. **Impactos da violência na escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 95-119.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. **Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais**. Ciênc. saúde coletiva vol.11 suppl.0 Rio de Janeiro. 2006.

SILVA, L. O.; BORGES, B. S. Bullying nas escolas. **Direito & Realidade**, v. 6, n. 5, p.27-40, 2018.

SILVA, D.; TAVARES, E.; SILVA, E.; DUARTE, J.; CABRAL, L.; MARTINS, C. Vítimas e agressores – manifestações de bullying em alunos do 6º ao 9º ano de escolaridade. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 2, n. 5, 1-10, 2017.

STELKO-PEREIRA, A. C.; VALLE, J. E.; WILLIAMS, L. C. A. Escala de Engajamento Escolar: análise de características psicométricas. **Aval. psicol. [online]**. v. 14, n. 2, p. 207-212, 2015.

TOGNETTA, L. R. P.; MARTÍNEZ, J.M.A; ROSÁRIO, P. Bullying e suas dimensões psicológicas em adolescentes. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD **Revista de Psicología**, n. 1, v. 7, p. 289-296, 2014.

VALLE, J. E.; PEREIRA, A. C. S.; SÁ, L. G. C.; WILLIAM, L. C. A. Bullying, vitimização por funcionários e depressão: Relações com o engajamento emocional escolar. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 463-473, 2015.

PSICOEDUCAÇÃO E SUAS POSSIBILIDADES NA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Glaydson Diego Negreiros de Matos

Karla Priscila Alves Eleutério

Márcia Linhares Rodrigues

Karla Julianne Negreiros de Matos

Lídia Andrade Lourinho

INTRODUÇÃO

Uma intervenção terapêutica de grande valor é a psicoeducação, que, segundo Callaham e Bauer (1999), pode ser entendida como um fluxo de informações didáticas e estruturadas entre terapeuta e paciente, bem como familiares, que visa ao enfrentamento de questões e situações práticas acerca de um transtorno. Justo e Calil (2004) mencionam que um dos principais objetivos é fazer do paciente um colaborador atuante para que, junto com os profissionais da saúde, possa haver um procedimento terapêutico efetivo. Entretanto, para que haja sucesso na psicoeducação e, consequentemente, no tratamento de alguma enfermidade, é necessário, com bom senso, manter bem informado o paciente, de forma que possa de fato participar de seu tratamento, ensinando-o a compreender e dar sentido à vida.

Entre várias abordagens da Psicologia, a TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental, segundo Beck (2007), é a que mais se utiliza da psicoeducação como uma forma de educar o paciente

do início ao fim do tratamento, trazendo um conhecimento mais aprofundado sobre a patologia e quais implicações do diagnóstico pode se estabelecer. Diante disso, segundo Moxotó e Malagris (2015), percebe-se que a psicoeducação contribuiu para o bem-estar do paciente, ampliando seu repertório comportamental e emocional, bem como modificando as crenças disfuncionais que prejudicavam a vida do paciente, tornando os programas psicoeducacionais notáveis e fundamentais para a saúde.

Essa modalidade de tratamento é estruturada, diretiva, focada no presente e limitada no tempo, como menciona Basco e Rush (2005). Nesse sentido, tem como pressuposto de que as cognições administram os comportamentos e emoções, por isso é baseada em métodos experimentais e científicos. Assim como em uma sala de aula, são necessários instrumentos que facilitem e esclareçam o paciente sobre o funcionamento de sua patologia para assim reconhecer pensamentos distorcidos sobre a realidade e que acabam gerando sofrimento.

Diante disso, a psicoeducação se apresenta de três modalidades diferentes, segundo Donker *et al.* (2009), que é a individual, cujas sessões acontecem com o paciente ou com os familiares; a grupal, cujo encontro acontece com um grupo de pacientes ou familiares; e a psicoeducação por outros meios, cuja modalidade não envolve um contato direto, isto é, são usados programas oferecidos aos sujeitos via *e-mail* ou *web* que visam à educação do destinatário. Nesse sentido, apesar de serem mais comuns as duas primeiras modalidades, todas elas levam o paciente a compreender as características de si com as do transtorno psicológico que precisa ser enfrentado. Assim, Caminha *et al.* (2003) esclarecem que conhecer detalhadamente as consequências e os fatores desencadeantes e mantenedores dos problemas ou patologia não só melhora a evolução dos pacientes como também auxilia no gerenciamento de medos e estigmas.

Este estudo se propõe a realizar uma revisão sistemática de literatura com o objetivo de analisar artigos de pesquisas sobre a psicoeducação publicados no Brasil, no período de 2012 a 2017, por meio da base de dados do Portal Capes. Essa análise poderá contribuir com pesquisadores e, principalmente, profissionais que lidam com esta temática, ao utilizar a psicoeducação como ponto de partida para a realização de estratégias de intervenção e prevenção mais apropriadas à realidade do paciente.

METODOLOGIA

A presente pesquisa de revisão sistemática de literatura foi realizada mediante uma busca eletrônica de artigos indexados na base do Portal Capes, com uso dos descritores psicoeducação/psicoeducação e psicologia/ psicoeducação e psiquiatria. Com o objetivo de destacar as publicações mais recentes, foram incluídos, para fins de análise neste estudo, apenas as publicações do período de 2012 a 2017. Foram definidos como critérios de exclusão: artigos no quais a psicoeducação não fossem o tema central ou textos de línguas que não fossem a portuguesa.

Tabela 1 – Características e resultados dos 7 artigos incluídos nesta revisão sistemática. XFonte: Autores.

| ANO | TIPO DE RE-VISTA | AUTOR | MÉTODO | AMOSTRA | IDADE | TEMA | REFENCIAL TEÓRICO | PRINCIPAIS ACHADOS | LOCAL |
|------|-----------------------------|---------------------|---|--|-------------------------|--|--|---|--------------------------------|
| 2015 | Psicologia_Reflexão_Crítica | Moxotó e Malagris | Avaliadas antes e após o treino do Inventário (ISSL) em que 10 com Amostra Experimental (AE) e 10 com Amostra Controle (AC) | 20 mães | Entre 20 - 50 anos | Treino de Controle de Stress para mães de crianças com TEA. | Abordagem Psicoterapêutica Cognitivo-Comportamental: Bradford; Castro; Picciani; Malagris; Lipp; Sanini; | Eficácia do TCS-MTEA, pois 70% estavam sem estresse na AE e 30% diminuíram no AC. Objetivo: avaliar se o material era bom. Isso foi importante, porque percebemos a importância de planejar programas psicossociais; mofificamos crenças disfuncionais; ampliamos o repertório. | Rio de Janeiro. |
| 2016 | Psicologia_TCC | Westphal | Revisão de Literatura. | 5 pais/610 cuidadores/62 crianças/36 crianças/10 pais/53 crianças/59 famílias/155 pais/125 famílias/64 famílias | Crianças e adolescentes | Treinamento de Pais na terapia Cognitivo Comportamental: uma Revisão da Literatura. | Ótica da Terapia Cognitivo Comportamental. | Bom resultado dos programas de treinamento de pais.Quanto mais cedo, melhor resultado. Pais como agentes de transformação dos filhos. | Rio Grande do Sul |
| 2015 | Enfermagem | Teixeira e Monteiro | Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Entrevista semiestruturada. | 9 profissionais de nível superior (4 médicos/2 enfer/1 psico/2 TO) que já desenvolveram ações terapêuticas. (Há mais de 3 meses que trabalham lá). | | ABORDAGENS TERAPÊUTICAS A CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS | Fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. | Conhecer as abordagens terapêuticas de acolhimento. Isso foi importante, porque é perceptível como as orientações ocorrem por parte desses profissionais, fazendo a psicoedução. Apesar de não serem suficientes, já ajuda. | Ceará (a revista é de Recife). |

| | | | | | | | | | |
|------|--------------------------------|---------------------------|--|---|----------------|---|----------------------------------|---|--------------------|
| 2015 | Ciência e e Conhecimento | Andrade e Kesler. | Revisão de Literatura. Pesquisa Qualitativa | Adolescentes | 14-16 anos. | DA NECESSIDADE DE PSICOEDUCAÇÃO EM PREVENÇÃO ÀS DROGAS NO âmbito escolar. | teoria cognitivo-comportamental. | A pesquisa aponta aumento de consumo de drogas. Usar a psicoeducação em combate ao uso de drogas. | Rio Grande do Sul. |
| 2012 | Psicologia: Reflexão e Crítica | Yassuda e Lima-Silva | Testes/ Questionário sociodemográfico. | 64 idosos. | 60 ou mais. | Treino cognitivo e intervenção psicoeducativa para indivíduos hipertensos: efeitos na cognição | Treino cognitivo | O grupo GE apresentou melhor desempenho cognitivo. Com a psicoeducação, tem-se ganhos cognitivos. | São Paulo |
| 2016 | Temas em Psicologia | Siegmund, Nonohay e Gauer | teste de Friedman/Es-calas e log do programa | 21 | 19- 55 | Ensaio de Usabilidade de uma Intervenção Psicoeducacional Computadorizada sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo | TCC via Internet | Avaliar a usabilidade, funcionalidade e efeitos iniciais de uma intervenção psicoeducacional computadorizada sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Foi averiguado que houve um potencial efeito na redução de sintomas percebidos. | Rio Grande do Sul. |
| 2017 | Temas em Psicologia | Lemes e Ondere Neto | Revisão sistemática da literatura | 20 textos sobre psicoeducação/ maior numero de metodo quantitativo. | | Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. | Psicoeducação na+G6:l8 saúde ? | A técnica psicoeducacional pode ser utilizada tanto para doenças físicas como psicológicas, mas nesta última a psicoeducação é o método mais utilizado. A psicoeducação é importante para dar suporte aos cuidadores. | Rio Grande do Sul |

RESULTADOS

Considerando os critérios de inclusão estabelecidos, foram encontradas poucas publicações relativas ao período especificado, 2012 a 2017, bem como ao tema em questão, o que totalizou 7 publicações na base do Portal Capes, que foram selecionadas e lidas na íntegra e analisadas com relação à autoria, ao ano de publicação, ao método, aos participantes da pesquisa, à idade, ao tema, ao referencial teórico, ao instrumento utilizado para a coleta dos dados, aos principais resultados, ao foco de análise e à discussão.

Observou-se entre os artigos encontrados uma predominância de revista de psicologia, o que aponta os profissionais que vêm pesquisando a temática que pode e deve ser utilizado de forma ampla por todos os profissionais da saúde. Em relação à metodologia dos estudos, a maioria era de estudos empíricos com testagem, o que evidencia o direcionamento dos estudos para comprovar a importância e a eficácia da Psicoeducação. Em relação à amostra e ao tema dos estudos, apresentam-se faixas etárias e gêneros variados e vários temas transversais à saúde, o que demonstra as multipotencialidades dessa técnica.

- a) Considerando os dados apresentados na Tabela 1, os artigos foram agrupados quanto ao foco de análise adotado em:
- b) Ganhos cognitivos com a psicoeducação, o 1^a artigo avaliou a eficácia do material e houve ganhos no alívio do estresse. O 2^o artigo mensurou o bom resultado dos programas de treinamento com os pais. Além disso, o 5^o artigo percebeu que houve melhor desempenho cognitivo com a psicoeducação.
- c) Intervenção psicoeducacional: o 4^o artigo usou a psicoeducação em combate ao uso de drogas. Além disso, o 6^o artigo avaliou a usabilidade de uma intervenção psicoeducacional computadorizada sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Psicoeducação multidisciplinar, o 3º artigo conheceu as abordagens terapêuticas de acolhimento com o uso da psicoeducação. O 7º artigo mostra o uso da técnica psicoeducacional como suporte aos cuidadores.

Tais resultados indicam uma predominância no conteúdo acerca da importância de se fazer a psicoeducação, apesar de serem poucas publicações no período considerado.

DISCUSSÃO

- Tendo em vista a contribuição dos estudos analisados nesta revisão, foram elencadas para a discussão três linhas de abordagem em relação à psicoeducação, considerando-se o foco de análise adotado pelos estudos em questão:
 - Ganhos cognitivos com a psicoeducação
 - Intervenção psicoeducacional
 Psicoeducação multidisciplinar

Ganhos cognitivos com a psicoeducação

Há um método de tratamento conhecido como treino psicológico de controle do stress (TCS), que se baseia nos princípios comportamental-cognitivos e que tem como foco a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, Moxotó e Malagris (2015) avaliaram a eficácia do TCS em reduzir o estresse das mães de crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA). Para isso, elas compararam a presença do nível de estresse com 20 participantes, porém apenas dez foram submetidas à intervenção individual. Assim, o TCS, que se propõe a ensinar ao indivíduo maneiras de lidar com o estresse, foi eficaz na redução do estresse das participantes.

Dessa forma, pôde-se perceber a importância de se planejar programas psicoeducacionais para a redução de estresse e das emoções, alterando, portanto, crenças disfuncionais e resolvendo problemas diários. Além disso, ainda segundo Moxotó e Malagris (2015), a psicoeducação contribuiu para o bem-estar e para a saúde mental materna e possibilitou às mães lidar com as necessidades do filho.

Corroborando a ideia de que a psicoeducação é importante para amenizar sintomas e promover saúde, Westphal (2016) menciona que os programas de treinamento de pais propuseram uma mudança efetiva no comportamento de crianças e adolescentes e tornaram o ambiente familiar mais harmonioso e saudável para todos os envolvidos, ou seja, os objetivos foram alcançados, porque houve todo um preparo na condução do processo de fortalecimentos da relação entre pais e filhos, algo que só é possível com muito planejamento e foco em psicoeducação acerca dos sintomas e funcionamentos de algum transtorno.

Além disso, Yassuda e Lima-Silva (2012) fortalecem a ideia do uso da psicoeducação ao explicar, no estudo, sobre o envelhecimento cognitivo e a hipertensão para os idosos, que foram avaliados no início e após o teste, bem como o processo de educação facilitou a adesão ao tratamento médico. Assim, aliado ao treino, a psicoeducação proporcionou melhor adesão ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde e houve uma melhora cognitiva no controle da doença.

Dessa forma, segundo os estudos, o que se pode perceber é um ganho cognitivo com a psicoeducação para quaisquer áreas da saúde, o que gera auxílio no tratamento de doenças e prevenção à saúde.

Intervenção psicoeducacional

Algumas pesquisas indicam o aumento do uso de substâncias psicoativas entre adolescentes, assim, percebendo a necessidade de

psicoeducação acerca dos riscos do uso de drogas. Andrade e Kesler (2015) elaboraram um cronograma de atividades baseadas nos conceitos da teoria cognitivo-comportamental, com o intuito de ser utilizado em escolas para promover vínculo e orientar sobre os danos causados pelo uso da droga.

Diante disso, nesse trabalho, foi usada a técnica da psicoeducação como uma forma de ensinar o indivíduo sobre sua doença, proporcionando informações sobre os efeitos e os resultados do diagnóstico. Nisso, é possível perceber que há um roteiro preestabelecido para ensinar o sujeito sobre como e por que seu comportamento não organizado provoca frustração, pensamentos disfuncionais, distorções da realidade, o que gera quase nenhuma flexibilidade cognitiva para gerir as emoções.

Isto posto, a psicoeducação auxilia esses indivíduos a aprender novas formas de comportamento e a lidar com as situações do ambiente. Ainda segundo Andrade e Kesler (2015), a família precisa passar pela psicoeducação para que sejam elucidados mitos e crenças populares sobre as comorbidades e a dependência química. Além disso, os autores falam sobre a psicoeducação em grupo e como o coordenador mostra estratégias de enfrentamento ao problema.

Nesse sentido, é interessante perceber que, ao abordar certas questões, como as drogas, junto ao público adolescente, é importante se utilizar da psicoeducação como uma forma de vínculo efetivo e, posteriormente, uma educação voltada ao protagonismo dos sujeitos. Além disso, fortalecendo o pensamento sobre a intervenção da psicoeducação, Siegmund, Nonohay e Gauer (2016) usaram um programa de computador para verificar a usabilidade de uma intervenção psicoeducacional sobre o TOC e perceberam que o programa teve um bom nível de satisfação dos usuários e apresentou-se como um potencial efeito na redução de sintomas percebidos. Dessa forma, esse tipo de intervenção pode atuar na prevenção em saúde mental e na identificação de patologias. Ademais, quando se fala em TOC, a psicoeducação é aceita e avaliada

como útil, pois ajuda na adesão do paciente ao tratamento, o que gera uma melhora no quadro clínico e, conseqüentemente, um bem-estar físico e mental.

Psicoeducação multidisciplinar

Neste tópico, é interessante perceber que Teixeira e Monteiro (2015) tiveram como objetivo conhecer as abordagens terapêuticas, as tecnologias de acolhimento e as intervenções dos profissionais de Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas e, para tanto, tomaram ciência de vários tipos de abordagens, em especial, as ações de psicoeducação em saúde, nas quais há orientações acerca dos remédios, dos malefícios da droga e de doenças ligadas ao uso em que os profissionais conheciam.

Dessa forma, percebe-se que a educação em saúde é utilizada em grupos ou oficinas terapêuticas na transformação das relações entre o sujeito e a sociedade. Além do mais, corroborando o pensamento de que a psicoeducação é multidisciplinar, Lemes e Ondere Neto (2017) afirmam que ela possui aplicações em diversas áreas da saúde e engloba tanto transtornos psicológicos quanto doenças. Assim, é possível desenvolver trabalhos de prevenção e conscientização em saúde e não somente no campo da Psicologia, afinal, ela permeia os aspectos sociais, culturais e emocionais. Neste estudo, foi vista a técnica da psicoeducação em grupoterapia, em intervenções em doenças crônicas, em cuidados paliativos, na saúde coletiva etc.

Limitações do estudo

As limitações do estudo referem-se à amostra, visto que foram incluídos apenas os artigos em língua portuguesa e disponíveis on-line, gratuitamente.

CONCLUSÕES

A partir da revisão sistemática da literatura, a psicoeducação envolve diferentes teorias psicológicas e educativas, bem como é uma ferramenta necessária para a intervenção, suporte e apoio ao paciente, aos familiares e aos profissionais envolvidos com alguma comorbidade. Sendo assim, é de caráter essencial dedicar-se ao aprofundamento de técnicas e recursos para planejamentos diversos, com o intuito de proporcionar ao indivíduo uma nova maneira de estar no mundo com sua dor.

É uma técnica psicológica que pode ser aplicada em diversos tipos de doenças, abrangendo tanto as psíquicas quanto físicas, sendo importante evidenciar que o uso da psicoeducação no contexto da saúde compreende não somente a Psicologia, mas, também, outras perspectivas disciplinares, uma vez que os aspectos comportamentais, emocionais e sociais perpassam a saúde.

Sendo assim, a psicoeducação acontece por meio de paradigmas, dos quais a interdisciplinaridade se torna um dispositivo fundamental na intervenção. É um importante no apoio ao cuidado e ao cuidador, e também para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a integralidade.

REFERÊNCIAS

MOXOTÓ, G. F. A. *et al*, Avaliação de Treino de Controle do Stress para Mães de Crianças com Transtornos do Espectro Autista. Marinha do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, Brasil & Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

WESTPHAL, M. P. Treinamento de Pais na Terapia Cognitivo Comportamental: uma Revisão da Literatura. **Revista da Graduação publicações de TCC**, Rio grande do Sul, v 9., n. 1, p. 1-10, 2016.

LIMA-SILVA, T. B.; YASSUDA, M. S. Treino cognitivo e intervenção psicoeducativa para indivíduos hipertensos: Efeitos na cognição. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 1, p. 30-40, 2016.

ANDRADE, E. I. D.; KESLLER, É. Á. Da necessidade de psicoeducação em prevenção às drogas no âmbito escolar. **Revista Ciência e Conhecimento**, v. 9, n. 1, p. 2177-3483, 2015.

Siegmund G, Nonohay RG, Gauer G. Ensaio de Usabilidade de uma Intervenção Psicoeducacional Computadorizada sobre Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Temas e Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 261-276, 2016.

TEIXEIRA L. A.; MONTEIRO, A. R. M. Abordagens terapêuticas a crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas. **Rev Enferm UFPE On Line (Recife)**, v. 9, n. 9, p. 9230-8, 2015.

LEMES, C. B.; ONDERE-NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 17-28, 2017.

A PROBLEMÁTICA DA (RE)ORIENTAÇÃO SEXUAL: REFLEXÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS COM BASE NO PENSAMENTO CONSERVADOR EM CONTRAPONTO AS OBRAS DE FOUCAULT E BUTLER

*Jessika Gomes do Carmo
Monike Couras Del Vecchio Barros
Francisco José Rodrigues
Mirna Albuquerque Frota
Aline Veras Morais Brilhante
Rosendo Freitas de Amorim*

INTRODUÇÃO

Procuramos, nesta pesquisa, examinar a contenda conceitual e sociopolítica existente entre a produção discursiva de grupos conservadores e tradicionalistas, entre eles o grupo de psicólogos que defende o tratamento de (re)orientação sexual da comunidade LGBT e as perspectivas propostas nas obras de Foucault e Butler, favoráveis ao direito dessa comunidade de viver e se expressar como identidades legítimas. Para isso, fizemos, por meio de alguns recortes, a reconstrução do cenário que possibilita este desdobramento. Essa contenda se manifesta em diversos espaços da vida social, como a ciência, a arte, a política e a religião.

Analisamos as modalidades enunciativas que estão por trás da prática de reorientação sexual e identificamos que existem interes-

ses políticos implícitos na discussão acerca da reorientação sexual. Os “psicólogos cristãos” são marcados pelo discurso conservador, neoliberal e fundamentalista. Esse grupo de psicólogos possui um apoio considerável de uma fração profacista da classe média brasileira e de grupos neoliberais, que, com o objetivo de angariar maior capital político, se aproximam das propostas dos “psicólogos cristãos”.

Os profissionais que defendem a prática de reorientação utilizam, quando convém, os saberes jurídico-científicos para legitimar seu discurso. É necessário refletir acerca da produção de subjetividades implícitas nesse tipo de prática que está associada ao saber científico, especialmente da Psicologia.

No cenário da modernidade, marcado pela centralidade do saber científico, o homem passa a constituir os objetos empíricos da ciência, e neste movimento, ele próprio passa a ser objeto de estudo, destacando-se a Psicologia como uma das formas da ciência referida.

Refletindo sobre o sentido da ciência, Japiassú (2008) afirma que a Psicologia não pode abrir mão de descrever seus fatos ou fenômenos, porque nenhum conhecimento com pretensões científicas pode reduzir-se à pura especulação ou prescindir de classificações ou de taxonomias, entretanto, destaca que os sentidos das ações e dos comportamentos humanos não obedecem a nenhuma causalidade mecânica, como deseja as ciências naturais, mas a uma causalidade simbólica. Segundo JAPIASSÚ (2008):

“[...] a Psicologia pressupõe as ciências da vida, as ciências da natureza, etc. Contudo, ao fazer-se epistemólogo, o psicólogo deve voltar aos próprios fundamentos de toda ciência, a começar pela Lógica e pelas Matemáticas. Porque o círculo é inevitável e natural, nada tendo de vicioso. Ele é, no nível da ciência, a transposição e a realização concreta do círculo do conhecimento, na medida em que

o Sujeito só se conhece por intermédio do Objeto, e só conhece o Objeto através de sua atividade de Sujeito” (JAPIASSÚ, 2008, p. 49).

Assim, o problema é que a Psicologia, em seu ímpeto de conquistar status de ciência, enredando-se por uma perspectiva científicista, assumindo um papel positivista e, portanto, prometendo o que não pode dar, a saber, a objetividade do que é da ordem do incerto, a objetividade acerca de um sujeito que é temporal, discursivo, relacional, social, econômico, enfim, complexo e contraditório. Dessa forma, a Psicologia se desenvolve como expressão do biopoder, ou seja, como um tipo de controle exercido originalmente pelo discurso da medicina, que olha para os corpos e constrói um discurso de verdade sobre eles. Nesta trama, articulada com o poder jurídico, busca organizar a sociedade a partir de padrões que dividem e segmentam os corpos, prescrevendo ações que definem e estabelecem os modos de vida. Segundo Foucault (1999), o biopoder surge como técnica de controle dos indivíduos na Modernidade:

“Não se trata absolutamente de ficar ligado a um corpo individual, como faz a disciplina. Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (FOUCAULT, 1999, p. 294).

Assim, o biopoder não produz apenas exclusão e repressão. Ele se apresenta de forma mais sutil, pelo discurso da ciência, e tem como objetivo o aprimoramento e o adestramento do corpo humano, fazendo-o cada vez mais produtor economicamente e docilizado politicamente, neutralizando efeitos de contrapoder, no sentido de torná-los dóceis politicamente (MACHADO, 2009 p. 172).

Em nosso entender, a liminar que permite práticas de (re) orientação sexual e a concessão do grupo empresarial em retirar a exposição por conta da pressão daqueles grupos neoliberais e fundamentalistas corroboram com o ideal regulatório da heteronormatização, entendida, segundo Spargo (2017), pela “tendência do sistema sexo-gênero ocidental contemporâneo de enxergar as relações heterossexuais como a norma, e todas as outras formas de comportamento sexual como desvios dessa norma” (P. 53). A heteronormatividade produz modos de vida padronizados e marginaliza os sujeitos que fogem da norma das relações heterossexuais.

Portanto, a Psicologia, ao assumir um posicionamento conservador e positivista, acaba por produzir modos de vida padronizados, e é a partir desse modelo de ciência que o grupo de Psicólogos que defende a reorientação sexual irá se apoiar.

A partir do que foi analisado, discutimos as possíveis consequências do discurso dos psicólogos, entre outros, que defendem a (re)orientação sexual para a vida da população LGBT. É notório que quando observamos determinado grupo social por uma lente patologizante, acaba-se por criar sofrimento psíquico naquele grupo e, conseqüentemente, os signos patológicos acabam se realizando.

Ao se afirmar que é possível readequar a sexualidade de determinado grupo social, a ciência acaba por reforçar padrões normativos e formas de exclusão. A arte surge, neste contexto, como uma forma de expressão para os grupos LGBT e fonte de desconfiança e reprovação para os grupos conservadores.

Tendo como perspectiva a teoria foucaultiana, entendemos que o discurso acaba por produzir verdades construídas historicamente e engendradas por questões ideológicas ou científicas. Existem, portanto, condições socioculturais de possibilidades para que uma ideia seja aceita e que outras sejam suplantadas.

Portanto, para apoiar na leitura da contenda, foram utilizadas as publicações de Foucault e Butler, por meio de uma revisão narrativa das obras de ambos os autores, dando especial atenção

para as obras que seguem: Problemas de gênero (1990), História da sexualidade (1984), A ordem do discurso (1971). Utilizamos, ainda, a obra “Famílias em perigo” (2017), de Marisa Lobo, para análise do discurso dos psicólogos cristãos.

Na continuação do artigo, apresentaremos a metodologia que foi utilizada para a efetivação deste artigo, bem como os resultados e discussões onde trazemos a cartografia da contenda; as perspectivas teórico-conceituais de Foucault e Butler; as influências sociopolíticas e teóricas que caracterizam os discursos dos psicólogos que defendem a reorientação sexual; e, finalizando, as considerações finais.

METODOLOGIA

De acordo com Gil (2002, p. 02), a ciência se apresenta “como uma forma de conhecimento que tem por objetivo formular, mediante linguagem rigorosa e apropriada [...], leis que regem os fenômenos”. Para tanto, a ciência utiliza a pesquisa como um elemento fundamental a partir do qual ela constrói os seus saberes e amplia as suas compreensões.

A presente pesquisa constituiu-se a partir da abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como característica o aspecto de buscar compreender percepções e compreensões sobre fenômenos humanos, abrindo espaço para a interpretação, privilegiando a subjetividade dos sujeitos. Nela, os dados coletados são predominantemente descritivos, a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto, o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é foco de atenção especial pelo pesquisador e a análise de dados tende a ser um processo indutivo. (LUDKE; ANDRÉ, 1986)

Do ponto de vista de seus objetivos, esta pesquisa pode ser conceituada como tendo caráter exploratório, a partir de que busca entendimento sobre a natureza geral de uma questão ainda pouco

investigada e, portanto, colima proporcionar maior familiaridade com o tema, buscando torná-lo mais explícito, portanto, traduzido para a linguagem científica.

Quanto aos procedimentos técnicos, utilizou-se uma perspectiva da pesquisa bibliográfica e documental. De acordo com Gil (2002), “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Dentro desse entendimento, todo e qualquer trabalho científico deve iniciar a partir de uma pesquisa bibliográfica, para que possa haver conhecimento prévio do objeto a ser pesquisado.

Considerando que a problemática investigada se expressa na atualidade, a investigação enveredará por um esforço exploratório de esclarecer elementos que estão em pleno desenvolvimento na sociedade brasileira e que, portanto, por serem fenômenos emergentes, são elementos difíceis de ser sistematizados e organizados.

Segundo ainda Gil (Op. cit.):

“Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, torna-se necessário seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos. O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados” (GIL, 2002, p. 27).

A pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, o que as diferencia é a natureza de suas fontes (Gil, 2002):

“Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 51).

Os materiais coletados pela pesquisa forão analisados, sistematizados em temas e interpretados na perspectiva de explicitação e sistematização dos resultados que tornaram possíveis a elaboração deste capítulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Gil (2002, p. 02), a ciência se apresenta “como uma forma de conhecimento que tem por objetivo formular, mediante linguagem rigorosa e apropriada [...], leis que regem os fenômenos”. Para tanto, a ciência utiliza a pesquisa como um elemento fundamental a partir do qual ela constrói os seus saberes e amplia as suas compreensões.

Quanto aos procedimentos técnicos, utilizou-se uma perspectiva da pesquisa bibliográfica e documental. De acordo com Gil (2002) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Dentro desse entendimento, todo e qualquer trabalho científico deve iniciar a partir de uma pesquisa bibliográfica, para que possa haver conhecimento prévio do objeto a ser pesquisado.

Considerando que a problemática investigada expressa-se na atualidade, a investigação enveredará por um esforço exploratório de esclarecer elementos que estão em pleno desenvolvimento na sociedade brasileira e que, portanto, por serem fenômenos emergentes, são elementos difíceis de ser sistematizados e organizados.

Segundo ainda Gil (Op. cit.),

“Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, torna-se necessário seu esclarecimento e delimitação, o que exige revisão da literatura, discussão com especialistas e outros procedimentos. O produto final deste processo passa a ser um

problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados” (GIL, 2002, p. 27).

A pesquisa documental é muito semelhante à pesquisa bibliográfica, o que as diferencia é a natureza de suas fontes (Gil, 2002):

“Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2002, p. 51).

Os materiais coletados pela pesquisa foram analisados, sistematizados em temas e interpretados na perspectiva de explicitação e sistematização dos resultados que tornaram possíveis a elaboração deste capítulo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa investigação buscou compreender e fundamentar a disputa sociopolítica que se manifesta socialmente, no Brasil contemporâneo, na luta das comunidades LGBT por direito a expressão e a vida sociocultural e as ações contrárias de grupos conservadores e neoliberais, que militam por criminalizar a existência daqueles grupos e, portanto, excluí-los da vida pública. Desse modo, colocou-se em pauta a contenda teórico-conceitual e política expressa pela produção discursiva dos grupos conservadores e neoliberais - entre eles o grupo de psicólogos cristãos e o de juristas, que defendem o tratamento de (re)orientação sexual da comunidade LGBT -, e as perspectivas favoráveis ao direito dessa comunidade de se expressar como identidades legítimas. Identificamos, ao longo do estudo, que este é um tema de intenso debate no Brasil contemporâneo e que tem repercussão na vida de uma parcela considerável da popu-

lação, familiares e pessoas LGBT, e que, contrariamente à expressão fenomênica do problema, existe pouca produção teórico-científica sobre o tema.

Mapeamos os principais esforços de sistematizações teórico-conceituais que, de modos diversos, fundamentam as lutas e ações dos grupos. As perspectivas teórico-conceituais de Michel Foucault e Judith Butler são posições teóricas e políticas que se apresentam como favoráveis aos direitos da comunidade LGBT de se expressarem como identidades legítimas e, assim, funcionam, também, como instrumentos de resistência ao padrão heteronormativo, defendido pelos grupos conservadores e que subjaz a posição dos psicólogos e juristas de pensamento conservador e neoliberal, que nominamos neste trabalho de fundamentalistas, diante dessa problemática.

Por outro lado, identificamos algumas posições que denominamos de conservadoras e neoliberais, corporificadas e fundamentadas, entre outras, no grupo de psicólogos cristãos e em segmentos de juristas, que tratam os grupos LGBT e a Teoria Queer como propagadores de uma “ideologia de gênero” que vai contra a natureza, a razão e a ciência. Suas compreensões procuram justificar a prática de reorientação sexual e deslegitimar modos de vida LGBT, por meio da ciência, da moral conservadora e do fundamentalismo religioso. Por esta vertente, fez-se possível a prática de reorientação sexual, proposta pelos “psicólogos cristãos”, e por meio de seus discursos e textos localizamos seus regimes de verdades.

Retomando a perspectiva das profecias autorrealizáveis, podemos afirmar que o discurso constrói a patologia, adoece os indivíduos, no momento que afirma que seu comportamento é sintoma de uma doença que pode ser tratada, e, por outro lado, representa perigo para os demais. No caso da liminar que permite que psicólogos realizem terapias de (re)orientação sexual, o discurso psicológico, tido como científico e aliado a um outro poder, o jurí-

dico, legitima práticas de repressão como as que ocorreram no caso da exposição interrompida, e produz iatrogênese social, isto é, o próprio controle social através do diagnóstico médico/científico de categorias sociais, e produzem sofrimento para a população a qual recebeu tal diagnóstico. (Illich, 1981). As práticas de (re)orientação retomam o caráter higienista do século XVIII, o que seria um retrocesso para a pluralidade social brasileira, para a democracia e para os direitos humanos.

É relevante para a Psicologia refletir sobre estas questões que, indiscutivelmente, atravessam a prática de seus profissionais e, portanto, deparar-se com a necessária responsabilidade ética em face de seus discursos e encaminhamentos terapêuticos e educativos, já que estes produzem efeitos de verdade.

Entendemos que os saberes são sempre ideológicos porque, situados historicamente, e assim atribuem significado a pessoas e eventos do real, matizando-o com vieses particulares e referentes a grupos. Desse modo, a própria ciência deveria ser relativizada como uma acontecimentalização, pelas condições históricas de possibilidade e de existência, mediante os demais saberes (como a arte, a filosofia, etc.) e, assim, despotencializada de forma a permitir uma relação mais horizontal com os outros saberes. É necessário, então, desnaturalizar conceitos e apropriar-se de maneira crítica da realidade histórica em que os conceitos caros à psicologia foram forjados, percebendo as relações de poder a que estão submetidos, a fim de entender que os saberes são sempre ideológicos porque situados historicamente e, portanto, também podem falsear o real.

Entendemos, ainda, como o marxismo nos clarificou através de sua filosofia, que é a infraestrutura (relações econômicas) que determina a superestrutura (valores, normas, instituições) e não o contrário (Bakhtin, 2009). Toda sociedade é pautada em um modo de produção e este, independente de qual seja ele, a fim de perpetuar-se, ensaja, naturalmente, modos de subjetivação.

A psicologia, nesse contexto, funciona, muitas vezes, como ferramenta a serviço da perpetuação de um modo de subjetivação que legitima a infraestrutura oculta por detrás da superestrutura.

Dessa forma, identificamos, a partir desta pesquisa documental, uma relação entre o grupo de psicólogos que defende a prática de reorientação sexual com grupos neoliberais e conservadores da sociedade. Existem, dessa forma, grupos que se beneficiam com a manutenção da desigualdade de gênero e outros que lutam por seu declínio.

É necessário refletir, como psicólogos, as práticas da Psicologia, que são naturalizadas. A prática de (re)orientação corrobora com a cultura homofóbica que assola a sociedade brasileira, já que interfere, também, nas relações micropolíticas. Ao produzir um discurso normativo de readequação, abre espaço para a patologização dos modos de vida LGBT.

As teorias *queer* e foucaultiana podem servir como ferramentas para essa reflexão. Entendemos que para que essa reflexão ocorra é necessário que a Universidade possa abrir espaços para o contato com essas teorias. Nos cursos de Psicologia do Nordeste do Brasil, não identificamos, em seus desenhos curriculares da graduação, disciplinas específicas que proporcionem fortemente esse tipo de reflexão acerca do gênero e, dessa forma, acabam por colaborar para uma escassez de produções acadêmicas sobre o tema no espaço acadêmico, o que nos inquieta, como pesquisadores, pois o silêncio também participa do jogo complexo do poder.

Em última análise, existe, nesta produção, uma contradição performativa porque utilizamos o mesmo método científico, através de nossa lente ideológica, para combater o uso da ciência, com viés ideológico, por parte dos autores da prática de reorientação, quando, na verdade, a própria ciência deveria ser relativizada como acontecimentalização.

REFERÊNCIAS

- BAKHTIN, M.; VOLOCHINOV, V. N. **Marxismo e filosofia da linguagem: problemas fundamentais do método sociológico da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BUTLER, J. **Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2002.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização brasileira, 2017.
- BUTLER, J. Regulações de gênero. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 42, p. 249-274, 2014.
- DA COSTA, O. B. R. Das relações entre modernidade e o fundamentalismo religioso. **Teocomunicação**, v. 44, n. 2, p. 220-246, 2014.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1999.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999
- FOUCAULT, M. Ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.
- FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do collège de France: (1970-1982)**. Zahar, 1997.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas SA, 2008.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.
- JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Rio de Janeiro: Livraria F. Alves Editora, 1977.
- LOBO, M. **Famílias em perigo: O que todos devem saber sobre a ideologia de gênero**. Editora Central Gospel, 2017.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- LUNA, N. A criminalização da "ideologia de gênero": uma análise do debate sobre diversidade sexual na Câmara dos Deputados em 2015. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 50, e175018, 2017.
- MACHADO, R.. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- PEREIRA, P. P. G. A teoria queer e a Reinvenção do corpo. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 27, p. 469-477, 2006.

TEÓFILO, M. C. C. Modos de Subjetivação na Experiência Queer: Micropolíticas do Corpo, do Gênero e da Sexualidade no Filme Dzi Croquettes. Tese (Doutorado em Psicologia) – Unifor. Fortaleza, 2015.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PROMOTORA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DOCENTE

Natasha Teixeira Medeiros

Larruama Soares Figueiredo de Araújo

Karla Maria Carneiro Rolim

Mirna Albuquerque Frota

Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS), temática apresentada mundialmente por meio do documento da Carta de Ottawa, é o arquétipo essencial para uma vida com qualidade, adquirida por meio da participação ativa da comunidade na constituição de seu processo. Esse importante documento traz as premissas essenciais imbricadas para tal conquista, individual e/ou coletiva, especificando nove pré-requisitos essenciais à saúde - paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação (CARTA DE OTAWA, 1986).

O Brasil, assim como os mais diversos países dos cinco continentes, vem colocando em documentos e práticas os elementos norteados pela diretriz acima especificada. Notadamente, cabe ressaltar a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, reforçando o estabelecimento do empenho nacional com a extensão e a qualificação de atividades de promoção da saúde nos serviços e na gestão do sistema único de saúde brasileiro (BRASIL, 2015).

As práticas saudáveis e a capacitação necessária para ação devem ser desenvolvidas por todos, em todos os níveis e contextos. Nesse panorama, os ambientes educacionais (escolas e/ou instituições de ensino superior) são espaços propícios para que o estudante adquira autonomia e faça escolhas saudáveis, que se reforçados, continuarão como hábitos futuros, inclusive contribuindo para a prevenção de doenças e agravos (CATRIB; OLEGÁRIO; MONT'ALVERNE, 2015).

Promover saúde na universidade, na perspectiva de um espaço social estratégico parceiro da comunidade, é plasmar ações em educação, treinamento e pesquisa; de criatividade e inovação, expressa no processo de aprendizagem, na organização, junção e aplicação do conhecimento e na compreensão intra e interdisciplinar; do desenvolvimento independente e aprendizado de habilidades para toda a vida mediante vivências de experimentação e exploração. Para além dessas perspectivas discentes: “As mudanças na educação superior têm oportunizado que as universidades tornem-se ambientes onde profissionais maduros também possam passar por processos de aprendizagem” (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010, pág: 685).

As universidades, obedecendo ao princípio da indissociabilidade do tripé ensino, pesquisa e extensão (como será descrito nesse relato de experiência), podem exercer papel de destaque nas ações de promoção da saúde, funcionando como uma ponte desses conhecimentos para a sociedade e recebendo, naturalmente, “influxos positivos em forma de retroalimentação por meio do aprendizado com os saberes destas comunidades” (SIQUEIRA *et al.*, 2017, pág: 2).

O uso da educação em saúde, como ferramenta para a operacionalização da promoção da saúde, propende à modificação dos comportamentos e melhorias na saúde, por propiciar informações em saúde aos sujeitos, que podem fazer escolhas saudáveis para suas vidas (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

Assim, o objetivo deste estudo foi descrever, por meio de um relato de experiência docente, as atividades de educação em saúde, realizadas em um projeto de extensão universitária com a temática de Promoção da Saúde, levado a efeito nos anos de 2015 e 2016.

METODOLOGIA

Este estudo apresenta uma abordagem do tipo relato de experiência docente, de caráter descritivo e retrospectivo, alusivo às atividades desenvolvidas no projeto de extensão universitária “EDUSA: educação em saúde na escola”, do curso de graduação em Fisioterapia, Campus Ministro Reis Velloso de Parnaíba (PI), da Universidade Federal do Piauí (UFPI), nos anos de 2015 e 2016, com a finalidade de treinamento dos participantes do projeto sobre temas relacionados direta ou indiretamente à promoção da saúde, para posterior ação destes em escolas públicas da cidade de Parnaíba.

O projeto foi submetido aos órgãos colegiados e à Pró-Reitoria de Extensão da instituição de ensino, recebendo autorização para início das atividades em maio de 2015 e de 2016, encerrando no mês de dezembro, de cada ano, perfazendo a carga horária máxima total de 200 horas anuais.

Para início das atividades, as duas docentes coordenadoras do projeto selecionaram os extensionistas, compostos por discentes (vinte no primeiro ano e trinta no segundo), de diferentes períodos letivos do curso de fisioterapia, além de dois concludentes – voluntários em 2015 e três voluntários-fisioterapeutas em 2016. Posteriormente, ocorreu a liberação de um edital de seleção que exigia a comprovação de disponibilidade de 8 (oito) horas semanais para as demandas do projeto, além de nota mínima de 7,0 (sete pontos) na entrevista acerca de conhecimentos prévios sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde. Ao final, todos receberam o certificado de participação no projeto, com a carga horária individualmente cumprida, para cada período respectivo.

Teve como meta o desenvolvimento de atividades educativas com os temários de PS, prevenção de doenças e qualidade de vida com adolescentes escolares e, no ano seguinte, com professores, de escolas públicas estaduais que foram indicadas livremente pela Gerência Estadual de Educação de Parnaíba, em que os discentes do

curso de graduação em Fisioterapia da UFPI, juntamente com os voluntários (concludentes ou fisioterapeutas, na forma de monitoria presencial), orientados pelas docentes responsáveis, atuaram como agentes dinâmicos da divulgação de informações e conhecimentos em saúde, direcionados a esses públicos específicos.

Essa vivência docente de capacitação dos extensionistas no ambiente universitário será esmiuçada neste relato de experiência, não sendo desígnio deste estudo descrever as práticas dos estudantes junto aos professores de escolares.

Semanalmente ocorreram reuniões entre os integrantes do projeto, para planejamento e organização da respectiva atividade semanal de estudos e/ou treinamentos dos extensionistas pelas docentes responsáveis (coordenadora e subcoordenadora), elaboração dos materiais educativos e, posteriormente, ações junto aos adolescentes (2015) ou professores (2016) nas escolas contempladas, para execução do planejado.

As macrotemáticas abordadas foram: Promoção da Saúde; Estímulo à qualidade de vida; Orientações sobre coluna vertebral e postura; Noções básicas de primeiros socorros; e Prevenção de lesões por causas externas (acidentes e violência). Nos meses correspondentes aos primeiros semestres letivos ocorriam estudos, rodas de discussão, elaboração de slides e vídeos e treinamentos teóricos e práticos, na modalidade presencial. É possível lembrar que os graduandos apresentavam poucos conhecimentos acerca das temáticas relacionadas direta ou indiretamente à PS. Manifestavam informações desconexas e superficiais, com definições imprecisas e confusas e sem nenhuma vivência prévia ou aplicabilidade prática de tais ciências. Vale refletir que ao docente convém usar a ferramenta de educação em saúde para a concretização da premissa de que o ambiente universitário é promotor de saúde.

No segundo semestre de cada ano, eram empreendidas as atividades educativas em saúde por parte dos extensionistas. Dentro das discussões específicas das possíveis demandas dos adolescentes

escolares ou professores, foram incorporadas discussões sobre qualidade de vida, saúde do trabalhador professor, saúde vocal, síndrome de Burnout, além de vídeos e workshops sobre exercícios respiratórios, automassagem e relaxamento.

Inicialmente, as abordagens teóricas eram conduzidas pelas coordenadoras do projeto. Em 2015, foram convidados dois voluntários concludentes do curso, para auxílio na elaboração de mídias, como o logotipo do projeto, e materiais lúdicos junto aos extensionistas. Em 2016, os voluntários – fisioterapeutas, que se constituíam de três egressos do curso, que manifestaram interesse em participar das atividades para incorporação de conhecimentos e experiências práticas com o tema e com a iniciação à docência, foram convidados a ministrar *workshops* e elaborar vídeos e roteiros práticos sobre as macroáreas a serem consideradas. Interessante recordar que as primeiras foram realizadas conjuntamente, para facilitar a fluidez da transmissão dos conteúdos e condução dinâmica das práticas. Já com mais segurança na condução das práticas docentes de educação em saúde, e uso de linguagem menos técnica e mais dinâmica e acessível, os três colaboradores já conduziam os discentes extensionistas naturalmente.

Posteriormente, os extensionistas iniciaram a fase de elaboração dos materiais educativos lúdicos e de baixo custo (papelão, isopor, adequação das vestimentas para caracterização dos personagens da encenação teatral, dentre outros), a serem usados junto aos adolescentes ou professores nas escolas contempladas no biênio, para que, por meio de estratégias lúdicas e reflexivas, levassem conhecimentos de PS na linguagem o mais acessível possível a cada público-alvo.

Ficou definido que, no primeiro ano, seriam realizadas atividades de apresentação de álbuns seriados sobre PS e qualidade de vida, encenação teatral sobre situações de primeiros socorros junto aos adolescentes escolares (temas: hemorragia, engasgo, afogamento, choque elétrico, massagem cardíaca em parada cardiorrespiratória, fratura de segmentos e envenenamento), além de orientá-los

sobre posturas adequadas utilizando materiais dos próprios alunos escolares e demonstrando a movimentação das vértebras da coluna, por meio da apresentação de modelos feitos de biscuit.

No ano seguinte, ocorreram quatro ações educativas em saúde, a saber: gincana interativa de perguntas e respostas, de extensionistas com os professores acerca dos temários da PS, em que os grupos usavam plaquinhas de cor verde e/ou vermelha para responder se mito ou verdade. Ao final, o grupo que mais respondesse corretamente, de acordo com o que havia nas instruções da Carta de Ottawa (1986), ganhava premiação. A segunda ação foi a atividade no auditório da escola, em que foi desenvolvido um jogo de tabuleiro grande e colorido, a ser colocado no solo e um grande dado era lançado e permitia a passagem das etapas, a partir das respostas às perguntas sobre Primeiros Socorros no ambiente escolar, em que a resposta errada incluía a demonstração correta de abordagem na urgência.

A terceira atividade planejada foi uma encenação teatral amadora intitulada: “Escolinha da Professora Raimunda”, em que os extensionistas utilizavam linguagens, gestuários e vestimentas de personagens em alusão ao programa humorístico televisionado, para exemplificar situações e afecções enfrentadas pelos professores no dia a dia em sala de aula e sobre prevenção da Síndrome de Burnout. A quarta atividade foi abordada na forma de dinâmicas sobre ergonomia, posturas corretas (em movimento, de pé, sentado e deitado) e ginástica laboral no ambiente escolar, sendo encerrado com um momento de relaxamento e automassagem ensinada a cada professor. Cada escola participante do projeto, três ao total, recebeu as quatro atividades educativas em saúde. Ao final, trinta e quatro professores de escolas foram contemplados.

Convém manifestar que após a conclusão de cada uma das atividades, nos dois anos em que se sucederam, os sujeitos imbricados no projeto eram parabenizados pelos adolescentes ou professores escolares participantes das ações, que manifestavam satisfação

e gratidão pela oportunidade, traziam vivências que ilustravam as discussões, além de parabenizarem a iniciativa dos extensionistas e os instrumentos lúdicos utilizados.

O papel preponderante dos extensionistas (discentes e voluntários – fisioterapeutas) na idealização, planejamento e concretização das estratégias educativas em saúde que foram desenvolvidas foi decisivo para a cocriação do aprendizado dinâmico dos temas correlacionados à PS. Dessa forma, diferentes espaços educacionais promotores de saúde foram fomentados, sendo o ambiente universitário contribuinte inicial, e a escola como cenário das intervenções educativas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os conceitos de saúde pública, PS e educação superior parecem estar evoluindo no intuito de atender às exigências da sociedade, aumentando os anos de vida saudáveis, diminuindo desigualdades em saúde e enfrentando os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações. Notadamente, no relativo à formação, investigação e implementação prática efetivas, principalmente relacionados aos determinantes sociais e comportamentais de saúde e saúde de grupos vulneráveis, advindos destacadamente da liberdade acadêmica, autonomia universitária, do papel decisivo da comunidade acadêmica, responsabilidade pública e da necessidade de se intensificar a dimensão social (DIAS; GAMA, 2016).

A PS é o processo de capacitação da comunidade para atuação na perspectiva da qualidade de vida e da saúde, pela transformação dos determinantes do processo saúde-doença, enquanto a prevenção está relacionada com isenção das doenças (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012). Os principais aspectos relacionados com a PS e a melhoria da qualidade de vida devem estar relacionados com: hábitos saudáveis de vida, estímulo à cultura de paz e diminuição

da violência no trânsito, controle do uso de álcool e outras drogas, ergonomia, dentre outros. Ou seja, as estratégias de educação em saúde devem garantir a autonomia, o direito à saúde e à cidadania (BRASIL, 2015; BUSS; CARVALHO, 2009).

As escolas se destacam como espaços privilegiados para PS, “tornando possível uma intervenção comunitária que fortaleça a coesão social, um fator protetor”, destacando-se o desenvolvimento das habilidades e fatores de proteção multifacetados. A PS no Brasil deve ser direcionada aos problemas de saúde e seus determinantes, na perspectiva de planejamentos e ações ampliadas, intersetoriais e não focadas no binômio saúde-doença, em perspectiva exclusivamente clínica (PEDROSO; HAMANN, 2019).

As intervenções educativas em saúde devem ser abrangentes, oferecendo informações substanciais para influenciar as condições de saúde, ou seja, o conjunto de hábitos de vida. “Por isso os programas de PS estimulam a adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo ações para o desenvolvimento da consciência e de habilidades para a autonomia e a corresponsabilidade” (SANTOS *et al.*, 2017, pág: 114).

Nas últimas décadas, as práticas de educação em saúde se desenvolveram significativamente, enfatizando ações e estratégias de PS e prevenção de doenças e agravos. Ainda de acordo com Pinafo, Nunes e González (2012, pág: 1826), “na prática educativa, as ações de PS procuram intervir nas condições de vida das pessoas, para que estas sejam dignas e adequadas, auxiliando no processo de tomada de decisão em direção à qualidade de vida e à saúde. Já as ações educativas de cunho preventivo, orientam as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco, tendo como foco ações que distanciam ou evitem a doença”.

O impacto exitoso das intervenções de PS na escola está baseado na combinação de sessões grupais com metodologias interativas e intercâmbios acessíveis entre os sujeitos educacionais, sendo fundamental a exposição das estratégias de intervenção aos partici-

pantes, desencadeando maior intensidade, fidelidade e qualidade na implementação das estratégias e facilitando a promoção de mudanças de hábitos (LIMA-SERRANO; LIMA-RODRÍGUEZ, 2019).

A PS e a prevenção de doenças e agravos devem ser empreendidas perenemente nos espaços educacionais, a saber: a escola e as instituições de ensino superior. A escola é espaço social e potencial ambiente promotor de saúde, onde podem ser oferecidas ações que visam estabelecer, promover, proteger e melhorar essa qualidade, sendo referência para comunidades inteiras, podendo influir e contribuir nos esforços de PS no entorno (HORTA *et al.*, 2017).

Configura-se um excelente local em que o profissional de saúde desenvolve ações de saúde e educação, “pois oferece a possibilidade de educar construindo conhecimentos vindos dos diferentes saberes: conhecimentos científicos; crenças e valores culturais dos alunos; conhecimentos divulgados pela mídia atual; e aqueles trazidos pelos professores, resultantes de vivências pessoais e profissionais”. “É necessário educar para a saúde, levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos, atitudes e valores, uma vez que se trata de um diálogo entre os profissionais da saúde e o saber popular, incentivando os indivíduos no desenvolvimento de ações de autocuidado e de saúde” (SOUZA *et al.*, 2016, pág: 231).

Saúde na escola, segundo Horta *et al.*, (2017), é uma combinação de educação para a saúde e ações de proteção à saúde, na qual se pode maximizar o valor da saúde e incentivar comportamentos e escolhas saudáveis e minimizar fatores promotores de comportamentos não saudáveis. Decorre daí a justificativa do projeto relatado haver realizado ações educativas com adolescentes e professores escolares, desenvolvidos por jovens universitários da área da saúde, na busca de maior assimilação e consolidação de conhecimentos em saúde e qualidade de vida.

É interessante perceber a expressiva quantidade de estudos relacionados às intervenções em saúde e educação postural no ambiente escolar, que neste relato foi abordado por meio de estudos

junto aos extensionistas e posterior desenvolvimento de atividades lúdicas sobre a coluna vertebral e sua anatomofisiologia, movimentos corretos e errados, manejo correto de peso, posições ergonômicas, além de prevenção de cores de coluna e exemplos de principais afecções. Souza *et al.*, (2016) reiteram a preocupação com o peso excessivo do material escolar; disposição e proporção inadequada do mobiliário não regulável; e os longos períodos na postura sentada, a qual impede a livre movimentação.

Nesta perspectiva, no Brasil foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), que prevê atividades de avaliação clínica e psicossocial, nutricional e bucal, além de promover a saúde e a cultura de paz, articular ações do setor saúde e educação e fortalecer o enfrentamento de vulnerabilidades de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público, no âmbito das escolas e/ou unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Vale explicar que, diferentemente de uma ação governamental pactuada pelo município, as atividades descritas no presente relato de experiência lançam um olhar para a saúde de adolescentes e professores de escolas públicas, decorrente dos conhecimentos e habilidades protagonizados por graduandos extensionistas, desenvolvidas em conjunto com docentes e voluntários, construindo ações simultâneas e associadas de PS destes atores da universidade, com esses sujeitos da comunidade escolar.

As instituições de ensino superior são um espaço social favorável para estabelecer práticas de PS, formando estudantes concomitantemente ao compromisso com o bem-estar integral desses sujeitos, sendo essencial a criação de oportunidades, escolhas e ambientes saudáveis, contribuindo com a saúde em três áreas distintas: criando ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes e funcionários; ampliando a importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na pesquisa; desenvolvendo alianças e parcerias para a PS e atuação comunitária (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

A operacionalização, concretização e transcendência de tais premissas, ainda de acordo com os autores acima descritos, acabariam por contribuir com a saúde local, regional e nacional, melhoria dos projetos institucionais e pedagógicos e as condições de atividade e de permanência das pessoas que ali trabalham, estudam, vivem e socializam. A saúde deve ser parte integrante de ações voltadas para o desenvolvimento e pode ser melhorada por meio da modificação do ambiente físico, social e econômico, visto que ações intersetoriais voltadas para a saúde são necessárias no nível local. Os espaços sociais, como a casa, a escola, a universidade, a comunidade, o local de trabalho e a cidade influenciam profundamente na condição de saúde das pessoas (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Considera-se que para promover a saúde e contribuir com a qualidade de vida em comunidades vulneráveis, é necessária a elevação de seus índices de desenvolvimento humano. Assim, faz-se necessário que as atividades extensionistas tenham como foco ações de educação em saúde, bem como o desenvolvimento de tecnologias sociais voltadas para a construção da autonomia e do fortalecimento da identidade das comunidades, assim como para a articulação entre elas, estimulando a troca de experiências e recursos variados, disponíveis e passíveis de contribuir para seu desenvolvimento sustentável (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

O papel do docente no ensino superior deve se caracterizar pelo aconselhamento, orientação e motivação relacionados com a aquisição de competências, para além de um estruturador e/ou transmissor de conhecimentos, no desígnio de maximizar a experiência e as capacidades dos estudantes (DIAS; GAMA, 2016). Neste relato de experiência, utilizaram-se as atividades de extensão universitária como ferramenta e cenário para tal desenvolvimento ativo de cocriação de conhecimentos e habilidades. O intercâmbio de conhecimentos permite o aprimoramento e o estreitamento do elo existente entre docentes e discentes, e entre sujeitos da universidade e escolares adolescentes e professores, minimamente atuando como co-partícipes de transformações nestes espaços educacionais.

Embora o estudo se limite à descrição de uma vivência docente de capacitação de extensionistas no ambiente universitário para ações educativas em saúde no contexto escolar, espera-se que tais exemplificações de operacionalização desta temática na prática educativa superior possa inspirar outras atividades, frutificando tais conhecimentos nos mais diversos domínios pedagógicos e institucionais das universidades, envolvendo discentes, docentes, gestores, funcionários e comunidade externa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição do relato de experiência docente correspondente ao desenvolvimento das atividades de educação em saúde, realizadas em um projeto de extensão universitária com a temática de Promoção da Saúde, permite concluir que a cocriação conjunta de conhecimentos e estratégias educativas propende ao aprendizado dinâmico dos temas correlacionados à promoção da saúde.

Dessa forma, diferentes espaços educacionais promotores de saúde foram fomentados, sendo o ambiente universitário contribuinte inicial e a escola como cenário das intervenções educativas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BUSS, P. M; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Dez 2009, vol.14, no.6, p.2305-2316. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2017.

CARTA DE OTTAWA - **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa**, novembro de 1986.

CATRIB, A. M. F.; OLEGARIO, N. B. C.; MONT'ALVERNE, D. G. B. et al. Desenvolvimento e reprodutibilidade do instrumento de avaliação da promoção da saúde na universidade – IAPSU. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, p. 305-317, 2015.

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2017.

DIAS, S; GAMA, A. Ensino da promoção da saúde em pós-graduação em saúde pública internacional no contexto do processo de Bolonha. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 771-785, 2016.

HORTA et al. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. **Rev Saúde Pública** v. 51, n.27, 2017.

LIMA-SERRANO, M. LIMA-RODRÍGUEZ J.S. Efecto de la estrategia de promoción de salud escolar Forma Joven. *Gac Sanit.* 2019; 33(1):74–81.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 14, n. 34, p. 683- 92, 2010.

PEDROSO RT, HAMANN EM. Adequações do piloto do programa Unplugged#Tamojunto para promoção à saúde e prevenção de drogas em escolas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2):371-381, 2019.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul.2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 dez. 2017.

SANTOS et al. Tecnologias aplicadas à promoção da saúde do trabalhador: uma revisão sistemática. **Rev Bras Med Trab.** V. 15, n. 1, p: 113-22, 2017.

SIQUEIRA et al. Atividades extensionistas, promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: experiência de um grupo de pesquisa em enfermagem. **Esc Anna Nery** e20170021, v. 21, n.1, 2017.

SOUZA et al. Papel do fisioterapeuta e outros profissionais da saúde nas ações de promoção da saúde no ambiente escolar. **Rev. baiana saúde pública**, v.40, n.1, 2016.

A INSERÇÃO DO TRANSGÊNERO NO MERCADO DE TRABALHO

Maria Alissandra Lopes de Macedo

Luis Adriano Freitas Oliveira

Tallys Newton Fernandes de Matos

Rosendo Freitas de Amorim

Carlos Antônio Bruno da Silva

Patrícia do Carmo Lima

INTRODUÇÃO

Identidade de gênero refere-se ao “pertencimento de cada um, na sua sensação ou percepção pessoal quanto a qual seja o seu gênero (masculino ou feminino), independentemente da sua constituição física ou genética” (CUNHA, 2018, p. 17). Nesse contexto, a expressão “pessoas transgênero” (“trans”) congrega um grupo diversificado de pessoas cujas identidades de gênero diferem, em diversos graus, do sexo com o qual foram designadas ao nascer. O termo coloca-se em oposição à expressão “pessoas cisgênero” (“cis”), que são aquelas cuja designação sexual ao nascer corresponde à identidade de gênero performatizada (ROSA *et al.*, 2019).

Sendo, contudo, a lógica binária hegemônica em nossa sociedade, as pessoas “trans” estão mais sujeitas a sofrer discriminações e violências (SOUZA, MALVASI, SIGNORELLI *et al.*, 2015). Seja pela invisibilidade de seus corpos seja pela patologização de suas características e seus afetos (MELLO, 2012; CARDOZO,

FERRO, 2012), é frequente que a violência normativa (BUTLER, 2004) seja convertida em diferentes formas de exclusão, incluindo as dificuldades de acesso ao mercado de trabalho (CHIAVENATO, 2014; MOURA; LOPES, 2014). Em uma sociedade de base capitalista, a imposição de limites para a capacidade produtiva legítima os processos de desvalorização social, fixando a pessoa em uma condição de vulnerabilidade. Deste modo, os discursos sobre o trabalho emergem como componentes de um dispositivo histórico foucaultiano, instrumentalizando o controle dos corpos e diferentes estratégias de segregação (SOUZA, MALVASI, SIGNORELLI *et al.*, 2015).

Para se esquivar dessa realidade, as pessoas trans buscam mudanças bruscas de vida, recorrendo ao isolamento social para evitar os constrangimentos corriqueiros. Os empecilhos são diversos e contribuem diretamente para dificultar oportunidades no mercado de trabalho para transexuais. Tendo tão somente os subempregos como alternativas para ingressar numa carreira profissional, gera-se um processo de marginalização que torna esses sujeitos dependentes de proximidades, indicações, relações de causalidade ou referências para aquisição de uma vaga de trabalho, haja vista que as chances de emprego são pequenas, em sua grande maioria, escassas, muito embora existam situações que executem atividades trabalhistas ditas como femininas (CARVALHO, 2006; KAFFER *et al.*, 2016). De acordo com a Articulação Nacional de Transgêneros (ANTRA), 90% das transexuais e travestis vivem da prostituição.

Nesse contexto, esta pesquisa objetiva analisar as estratégias de inserção dos transgêneros no mercado de trabalho, bem como investigar os principais entraves vivenciados por este público no meio social em que estão inseridos, por meio de uma revisão integrativa da literatura.

METODOLOGIA

O presente estudo é qualitativo, cujo método é a revisão integrativa. A revisão integrativa é descrita como uma abordagem ampla e metodológica referente às revisões. Ela permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais na compreensão completa e abrangente do fenômeno em análise. Este modelo de revisão combina dados da literatura teórica e empírica, incorporando diferentes propósitos, como: definição de conceitos, revisão de teorias, revisão de evidências e análise de problemas metodológicos. Por ter esta característica, ela tem uma amostra ampla por meio da multiplicidade de propostas, o que permite um panorama consistente e compreensível de conceitos adversos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa permitiu conhecimento e incorporação para a aplicabilidade de resultados através de estudos significativos. Esse método constituiu um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se caracteriza por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência. A PBE neste estudo envolveu a definição do problema, a identificação das informações, a condução na busca de estudos na literatura, a avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade e a utilização na prática. Diferiu-se de outros métodos de revisão, pois superou vieses por meio do rigor na busca e na seleção de pesquisas, com base em avaliação de relevância, validade dos estudos, coleta, síntese e interpretação de dados (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

A base de dados utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, de acordo com a metodologia proposta, foi a “*Scientific Electronic Library Online*” (SciELO). Os descritores utilizados foram pesquisados na “Biblioteca Virtual em Saúde” com temas: “Transgênero”, “Inserção” e “Trabalho”, direcionados ao tema desta pesquisa. Após a análise das definições, os descritores selecionados foram:

“Pessoas Transgênero” (Registro: 55143); “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero” (Registro: 55150); e “Mercado de Trabalho” (Registro: 50276). Destaca-se que a escolha dos descritores se deu pela similaridade e associação do objetivo deste com o objetivo geral deste estudo (SciELO, 2019; Biblioteca Virtual em Saúde, 2019).

Os critérios de inclusão foram artigos que remetem a periódicos com Qualis entre “A”, “B” e “C” publicados nos últimos 10 anos. Estes Qualis transmitem a qualidade da produção e revelam impacto no meio científico (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016). Levando-se em consideração, como já descrito anteriormente, que este estudo tem caráter de “ciências da saúde” e “ciências humanas”, foram excluídos indicadores que não remetiam a esta especificidade, como, por exemplo, “ciências exatas”. Destaca-se que foram excluídos documentos que não remetiam a “artigos oficiais”.

É importante destacar que o presente estudo foi realizado e intermediado pelos Descritores cruzados deliberadamente pelo operador lógico booleano “and”. Após a pesquisa, não foram encontrados documentos. Com isso, foi necessário recorrer à pesquisa individual de cada descritor, seguindo os padrões metodológicos citados anteriormente.

O descritor “Pessoas Transgênero” apresentou 38 resultados. A combinação deste descritor, seguindo o rigor metodológico, com os critérios da pesquisa, sucedeu em: `personas transgenero AND in:(“scl”) AND year_cluster:(“2017” OR “2016” OR “2015” OR “2018” OR “2013” OR “2009” OR “2010” OR “2012” OR “2014”) AND subject_area:(“Health Sciences” OR “Human Sciences”) AND type:(“research-article”)`, restando 19 artigos.

O descritor “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero” apresentou 6 resultados. A combinação deste descritor, seguindo o rigor metodológico, com os critérios da pesquisa, sucedeu em: `servicos de saude para pessoas transgenero AND in:(“scl”) AND year_cluster:(“2016” OR “2018” OR “2015”) AND subject_area:(“Health Sciences”) AND type:(“research-article”)`, restando 4 artigos.

O descritor “Mercado de Trabalho” apresentou 3.489 resultados. A combinação deste descritor, seguindo o rigor metodológico, com os critérios da pesquisa, sucedeu em: mercado de trabalho AND in: (“scl”) AND year cluster: (“2015” OR “2012” OR “2013” OR “2016” OR “2014” OR “2011” OR “2017” OR “2018” OR “2010” OR “2009”) AND subject_area: (“Human Sciences” OR “Health Sciences”) AND type: (“research-article”), restando 687 artigos.

Seguindo os eixos temáticos, após a análise e leitura dos resumos, 684 artigos foram excluídos por motivos de repetição e ausência de conexão com o tema, restando assim 3 artigos no descritor “Mercado de Trabalho”. Da mesma forma, após a análise e leitura dos resumos, 2 artigos foram excluídos por motivos de repetição e ausência de conexão com o tema, restando assim 2 artigos no descritor “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero”. Por fim, após a análise e leitura dos resumos, 13 artigos foram excluídos por motivos de repetição e ausência de conexão com o tema, restando assim 6 artigos no descritor “Pessoas Transgênero”. Com isso, 11 artigos foram selecionados para o desenvolvimento desta pesquisa.

Destaca-se que os descritores estão disponíveis para acesso na Biblioteca Virtual de Saúde para respectivas pesquisas, dúvidas e apreciações. É importante destacar que a pesquisa atual, envolvendo tais elementos, aconteceu em abril de 2019. Portanto, após este período, e seguindo o pressuposto de atualização científica, é possível tal combinação apresentar-se futuramente de modo diferente, ou seja, com acréscimos (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2019).

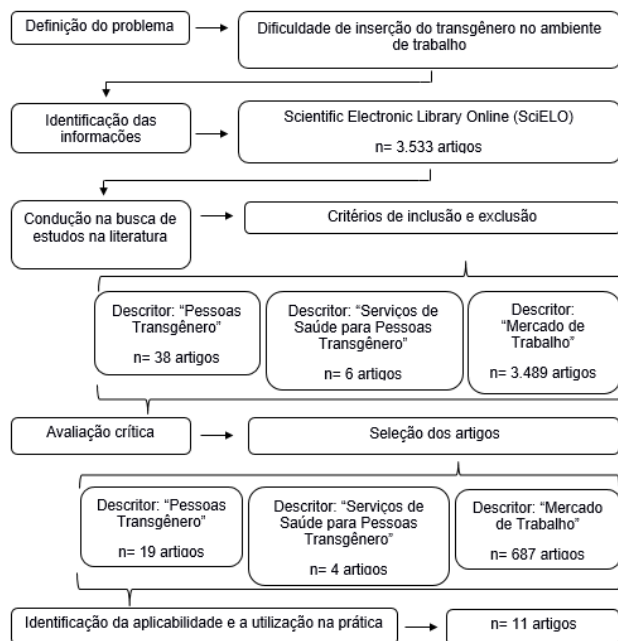
A análise de dados aconteceu sob a ótica da “Análise de conteúdo”, que se apodera de técnicas na investigação psicossociológica e em estudos de comunicação em massa. Nisto, os métodos e técnicas utilizados neste estudo incluíram: a organização da análise; a codificação de resultados; as categorizações; as inferências; e, por fim, a informatização da análise das comunicações (BARDIN, 2009).

Isto sucedeu a aplicabilidade coerente de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados

como ponto de partida para a organização. As fases da análise de conteúdo, neste estudo, organizam-se em torno de três polos: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material; e (3) o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009).

Neste sentido, foi desenvolvida uma figura com base na estrutura cronológica da metodologia seguindo o percurso ideológico da metodologia utilizada.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos, adaptado a partir das recomendações.



RESULTADOS

Os resultados foram estruturados em três tabelas seguindo a ordem de descritores. A Tabela 1 refere-se ao descritor “Mercado de Trabalho”, a Tabela 2 refere-se ao descritor “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero” e a Tabela 3 refere-se ao descritor “Pessoas Transgênero”. Destaca-se que as tabelas a seguir estão estruturadas de acordo com a essência do artigo, contendo assim: Autor, Título e Ano.

Tabelas de resultados

Tabela 1: Descritor “Mercado de Trabalho”.

| Autor | Tema | Ano |
|-----------------------------------|---|------|
| CURADO, J. C.; ME-NEGON, V. S. M. | Gênero e os sentidos do trabalho social. | 2009 |
| LIMA, C. R. N. A. | Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. | 2018 |
| NEVES, M. A. | Anotações sobre trabalho e gênero | 2013 |

Tabela 2: Descritor “Serviços de Saúde para Pessoas Transgênero”.

| Autor | Tema | Ano |
|------------------------------|---|------|
| SOUSA, D.; IRIART, J. | “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil | 2018 |
| ROCON, P. C. <i>et al.</i> . | Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde | 2016 |

Tabela 3: Descritor “Pessoas Transgênero”.

| Autor | Tema | Ano |
|------------------------------|--|------|
| MOSCHETA, M. <i>et al.</i> . | Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGTBs | 2016 |
| DOURADO, I. <i>et al.</i> . | Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil | 2016 |
| SOUSA, D.; IRIART, J. | “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil | 2018 |

| | | |
|---|---|------|
| POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. | A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios | 2017 |
| MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. | Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. | 2018 |
| ROCON, P. C. <i>et al.</i> | (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. | 2017 |

A “Análise de Conteúdo”, por meio da “organização, codificação e categorização”, possibilitou a identificação de 9 (nove) eixos temáticos: “divisão do trabalho”, “intervenção sindical”, “análise do trabalho”, “ausência de uma nomenclatura específica”, “discriminação de marcadores sociais”, “diálogo”, “risco, vulnerabilidade e fuga”, “mudança na identidade” e “modelos de intervenção”.

Neste aspecto, Curado & Menegon (2009) afirmam que há uma problematização nos estudos sobre gênero e trabalho, isso porque o tema é recente e existe ausência de debates sobre Produção e Sustentabilidade da Vida Humana e Economia Solidária. Os autores destacam que há uma divisão sexual do trabalho pelo contexto social, que pode atribuir determinadas atividades ao gênero. Isso resulta na divisão e na exclusão das atividades no ambiente laboral, fruto das relações sociais, e não de essência biológica. Essa noção é entendida como um processo dinâmico, com implicações em diferentes dimensões. Com isso, os autores destacam a importância da elaboração de políticas públicas que possibilitem a inclusão por meio da atenção social, física, psíquica e emocional às pessoas, como, por exemplo, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, que desencadeou parcerias, atuações intersetoriais e participação social, ao disponibilizar recursos e garantir direitos e deveres.

Lima (2018) destaca em seu estudo a desigualdade como um produto histórico socialmente construído elaborada através da discriminação subjetiva e ilegítima. A solução para combater essa problemática no ambiente de trabalho seria o desenvolvimento de

projetos voltados para a inclusão, buscando a igualdade e a ausência de discriminação no ambiente de trabalho. Tais propostas devem se apoiar na normatividade protetiva e garantia dos direitos (humanos, fundamentais e sociais). Para isso, é necessária a reformulação na construção de leis, o que possibilitaria a redistribuição e o reconhecimento das múltiplas identidades, reconhecendo a vulnerabilidade desses grupos. Tal reconhecimento agrega vantagens sociais e econômicas, enquanto concepção bidimensional da justiça. Lima (2018) ainda destaca que o ponto de partida para tais propostas se dá por meio dos sindicatos, para a desconstrução cultural desses papéis atribuídos através da manifestação de dominação.

Neves (2013) destaca que os estudos de gênero e trabalho no Brasil tiveram forte influência da sociologia francesa, que buscava romper com os paradigmas dominantes incorporando à análise do conceito de trabalho na elaboração de estratégias e ferramentas de inclusão. Porém, Sousa & Iriart, (2018) destacam em seu estudo a ausência de uma nomenclatura específica referente ao gênero, que possa legitimar leis a favor da inclusão. Para os autores, isso revela a incoerência na busca pela legitimação de padrões normativos em detrimento das vidas que não cessam de se reinventar. Segundo o estudo, evidentemente este viés está diretamente relacionado ao desenvolvimento de políticas que propiciem mudanças capazes de assumi-las e garantir direitos.

Para Sousa & Iriart (2018), compreender as necessidades e as demandas de homens trans trata-se do primeiro passo para viabilizar caminhos e estratégias de cuidado. Para os autores, em associação com o primeiro passo, está a despatologização das vivências trans, deve-se reconhecer as relações estabelecidas e a possibilidade de viverem dignamente, para o desenvolvimento humano. É importante a construção de um espaço de cuidado, comunicação e informações de qualidade sobre o que é a transgeneridade e a diversidade.

Destaca-se, segundo Rocon *et al.*, (2016), que as dificuldades são variadas e vão além da transformação na identidade e dos diferentes métodos na busca pela realização do desejo. A própria inserção no Sistema Único de Saúde atravessa desrespeito ao nome social como obstáculo na busca de serviços de saúde e, consequentemente, causa de abandono aos tratamentos. Para os autores, as dificuldades ao buscarem o atendimento em serviços públicos de inclusão referem-se à discriminação de marcadores sociais, como pobreza, raça, cor, aparência física e voz.

Todavia, uma forma de enfrentamento das dificuldades e marcadores sociais foi apresentada no estudo de Moscheta (2016), que afirma que o diálogo é uma ferramenta que funciona como qualificador da comunicação, no qual há uma suspensão de certezas por meio da atenção para o processo conversacional e a participação de múltiplas vozes para a abertura ao inesperado. O autor considera que o diálogo é uma ferramenta que proporciona resolução de diferenças e conflitos desenvolvendo reflexão sobre os efeitos das próprias posições na construção de relacionamentos e realidades. O diálogo busca garantir uma estrutura de conversa na formulação de abordagens como o “Projeto de Conversações Públicas” (PCP). Este projeto tem demonstrado êxito no desenvolvimento de temas, como: violência contra LGBTs (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros) como foco desses encontros (MOSCHETA, 2016).

O diálogo é importante então para a elaboração de projetos, pois, segundo Dourado (2016), as pessoas trans apresentam uma combinação de fatores de risco e situações de vulnerabilidade, tais como: condições socioeconômicas desfavoráveis, itinerários de transformações corporais sem acompanhamento médico, práticas sexuais de risco, além de estigma e violência.

Para evidenciar o cenário de vulnerabilidade e risco, Popadiuk *et al.* (2017) desenvolveram um estudo que investigou a Vio-

lência Homofóbica no Brasil. O estudo apontou que só no ano 2012 foram registradas 3.084 denúncias e 9.982 violações relacionadas à população LGBT, envolvendo 4.851 vítimas; e que, no ano anterior, 2011, houve um aumento de 183,19% das vítimas. Tais dados apontam que as pessoas trans seguem sendo as principais vítimas de violência LGBT. As mais comuns formas de violência contra esta população são: agressão física, homicídios e lesões corporais. Destaca-se ainda que o Brasil é o país onde mais ocorrem homicídios de pessoas trans no mundo.

Neste aspecto, Magno *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa que evidenciou que quando não há possibilidades de inserção na cultura local, muitas pessoas buscam a fuga em outro local com maior facilidade de inserção. Em um de seus tópicos, os autores destacam: “Vou embora pra Salvador: trajetórias de vida e interações sociais”, como alternativa de resignificação da trajetória de vida. Neste mesmo estudo, Magno *et al.* (2018) apresentam casos de fracasso e inserção no ambiente de trabalho de transgênero. Em um dos casos apresentados, a pessoa sofria preconceito dos clientes; em outro caso, a pessoa relatou condições precárias de segurança e exposição a uma diversidade de riscos (sexuais e abusos).

Rocon *et al.* (2017) desenvolveram uma pesquisa que constatou que uma das alternativas para se descaracterizar da antiga identidade, como forma de enfrentamento do preconceito, é a modificação do corpo através de maquiagens, depilação, silicone industrial, hormônios, cirurgias e demais recursos de acesso testado e aprovado. Tais mudanças possibilitam a percepção de qualidade de vida na pessoa em transformação, além de produzir maior sociabilidade com amigas(os), clientes, comunidade e trabalho.

Por fim, Popadiuk *et al.* (2017) propuseram modelos de intervenção frente a este cenário. Este autor estruturou elementos básicos, como: (1) Elaboração de políticas públicas (Exemplo: Grupo Somos, Associação das Travestis e Liberados do Estado do Rio de Janeiro). Para isso, é importante a formalização de ideolo-

gias, produção de conhecimentos e capacitação de profissionais no acolhimento; (2) Ampliação da integralidade de atenção (análise dos dados, categorização, integralidade e atenção); (3) Ações formativas (estratégias de formação, enfrentamento às discriminações, controle social de conselheiros/as, lideranças sociais/profissionais/gestores); (4) Avaliação e monitoramento (avaliar e monitorar continuamente as estratégias previstas nos eixos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou a importância da elaboração de políticas na inserção do transgênero no ambiente de trabalho, construindo, assim, um modelo padrão baseado em construções históricas e outras evidências científicas. Destacam-se ainda os diferentes contextos dinâmicos enfrentados pelo público LGBT, interpretados por esses como sendo discriminatórios. Com isso, surgem diferentes formas de sobrevivência que, por muitas vezes, a alternativa é a fuga.

Há também uma divisão social que excluiu e menospreza o transgênero, colocando-o em uma situação de vulnerabilidade. É importante que sejam construídas estratégias de intervenção por meio de sindicatos ou representantes legais. No ambiente de trabalho, uma das formas de intervenção é a análise do trabalho, que possibilita um olhar sobre aquele contexto na diminuição de marcadores excludentes. Para tanto, são necessários modelos de intervenção que possibilitem a qualidade de vida e desenvolvimento social por intermédio de uma equipe multidisciplinar.

Por fim, destaca-se que todos os estudos avaliados e expostos mencionam o respeito à autoidentificação, assim como, também, seus intercruzamentos nas categorias de gênero e sexualidade. Tais pressupostos não visam apenas à inclusão, mas à saúde, ao desenvolvimento social, à cidadania e à qualidade de vida da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, M. **Travestis e Transexuais e os Outros: Identidade e Experiências de Vida**. Niterói: UFF, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2008.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2019. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 02 de abr. 2019.
- BRASIL, **Ministério do Trabalho. Programa Brasil, Gênero e Raça: Orientações Gerais**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2006.
- BUTLER, J. Gender Regulations. Em: BUTLER, J. **Undoing Gender**. New York, London: Routledge; 2004. pp.40-56.
- CARDOSO M. R.; FERRO L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.
- CARVALHO, E. R. Eu quero viver de dia: uma análise da inserção das transgêneros no mercado de Trabalho. **Seminário Fazendo Gênero**, v. 7, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Evelyn_Carvalho_16.pdf>. Acesso em: 03/05/19.
- CARRIERI, A. P.; SOUZA, E. M.; AGUIAR, A. R. C. Trabalho, violência e sexualidade: estudo de lésbicas, travestis e transexuais. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 78-95, 2014.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro, Editora Elsevier, 2014.
- CURADO, J. C.; MENEGON, V. S. M. Gênero e os sentidos do trabalho social. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 431-441, 2009.
- CUNHA, L. R. Direitos dos transgêneros sob a perspectiva europeia. **Debater a Europa**, v. 19, p. 47-56, 2018.
- DOURADO, I. *et al.*. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo PopTrans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-11, 2016.
- GALLI, R. A. *et al.* Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 447-457, 2013.
- KAFFER, K. K.; RAMOS, F. G.; ALVES, A. L.; TONON, L. A transexualidade e o mercado formal de trabalho: principais dificuldades para a inserção profissional. **IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais** - Porto Alegre, RS, Brasil, 19 a 21 de outubro de 2016.

- LIMA, C. R. N. A. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-20, 2018.
- MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 1-12, 2018.
- MATOS, T. N. F.; TRAJANO, S. S.; CALDAS, J. M. P.; CATRIB, A. M. F. Representações sociais e condições de saúde em moradores de rua. **SA-NARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. Especial, p. 17-22, 2017.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Soc. Estado**. v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Considerações sobre Classificação de Livros**. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2016. Disponível em: <https://capes.gov.br/images/documentos/classifica%C3%A7%C3%A3o_de_livros_2017/46_ENSI_class_livros_jan2017.pdf>.
- MOSCHETA, M. *et al.*. Da (im)possibilidade do diálogo: conversações públicas e os direitos LGBTs. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 516-525, 2016.
- MOURA, R. G. O.; LOPES, P. L. Preconceito e a Discriminação de Transgêneros no Processo de Recrutamento e Seleção de Pessoal: uma Revisão Bibliográfica. Anais, **SEGeT - XI simpósio de excelência em gestão e tecnologia**. Rio de Janeiro: 2014. p. 1-14.
- NEVES, M. A. Anotações sobre trabalho e gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n. 149, p. 404-421, 2013.
- POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.
- ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, 2016.
- ROCON, P. C. *et al.*. (Trans)formações corporais: reflexões sobre saúde e beleza. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 521-532, 2017.
- ROSA, D. F. *et al.* Assistência de Enfermagem à população trans: gêneros na perspectiva da prática profissional. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 72(Suppl 1), p. 311-319, 2019.

SCIELO. **Scientific Electronic Library Online**. São Paulo: FAPESP/CAPES/CNPQ/BVS/BIREME.OPS.OMS/FAUFS, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pt/sobre-o-scielo>>. Acesso em 02 de abr. 2019.

SILVA, A. L.; OLIVEIRA, A. A. S. Transexualidade/travestilidade na literatura brasileira: sentidos e significados. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 274-287, 2013.

SILVA, R. G. L. B.; BEZERRA, W. C.; QUEIROZ, S. B. Os impactos das identidades transgênero na sociabilidade de travestis e mulheres transexuais. **Rev Ter Ocup Univ**, v. 26, n.3, p. 364-372, 2015.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, n. 8, v. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, M. H.; MALVASI, P.; SIGNORELLI, M. C.; PEREIRA, P. P. Violence and social distress among transgender persons in Santa Maria, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 767-776, 2015.

SOUSA, D.; IRIART, J. “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00036318, 2018.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO EM PROFESSORES DO ENSINO PÚBLICO

Tallys Newton Fernandes de Matos

Patrícia Passos Sampaio

Ana Paula Vasconcellos Abdon

Paulo Goberlânio de Barros Silva

José Manuel Peixoto Caldas

Ana Maria Fontenelle Catrib

INTRODUÇÃO

O conceito de trabalho está relacionado com diferentes significados QUE envolvem ação e efeito tanto físico quanto intelectual. Existe o sentido de caráter produtivo com a remuneração para a subsistência e a manutenção da satisfação no indivíduo, bem como existe o caráter de adoecimento, ao passo que a produção exagerada pode substituir a saúde por doença (GOULART, SAMPAIO, 1998).

O trabalho é uma atividade produtiva e criativa desenvolvida por meio de instrumentos e materiais, que dependem de conhecimentos, habilidades e atitudes, diversificando enquanto categoria homogênea e individual através da expansão de seu sentido como noção de riqueza, produção, economia, civilização e integração na sociedade. É também uma atividade fundamental componente da subjetividade e constitutiva da sociedade. Esta atividade tanto pode

emancipar quanto escravizar o homem, porém sempre controla o indivíduo. Sua ação não é aquilo que tem o valor monetário, mas o homem e sua subjetividade derivando em grande medida da atividade à qual ele se dedica. Isso pode resultar tanto na realização pessoal do sujeito, bem como no oposto, na medida em que ele se identifica ou não com o seu trabalho (ANDRADE, BASTOS, 2004; GOULART, SAMPAIO, 1998).

A dificuldade de entender o sofrimento pode levar ao surgimento de diferentes modos de compreensão, como: teorias do estresse, abordagem epidemiológica e estudos sobre a subjetividade. O conceito de estresse é muito utilizado e ressalta a relação de pessoa e ambiente percebido como prejudicial ao seu bem-estar. Nesta concepção, surge o *Burnout*, que é o esgotamento profissional caracterizado por uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com alguma atividade (BORSOI, 2007). Então, o indivíduo que sofre no trabalho consequentemente tem comprometimento na sua saúde e qualidade de vida. A saúde e a qualidade de vida estão relacionadas ao bem-estar físico, psíquico e social (CZERESNIA, FREITAS, 2004; DEJOURS, 2004). Diante da importância e da centralidade destas categorias, este estudo se propõe a investigar as condições de trabalho em professores da educação básica da rede pública.

A educação básica é um período que corresponde à fase de mediação ao futuro profissional do estudante, na qual são apresentadas ao aluno as expectativas quanto às profissões. Isto acontece por meio da interação com conhecimento proporcionado pelos professores. Tal situação pode favorecer o sucesso ou o fracasso no mercado de trabalho (BRASIL, 2009). Quando o professor exerce suas atividades docentes, ele também está conduzindo saúde e outros benefícios enquanto multiplica o conhecimento. A relação ensino-aprendizagem é, de fato, uma rede de integração coletiva que pode contribuir para a saúde dos envolvidos. Nesta situação, a saúde é compreendida como a ciência de evitar indisposições pro-

blemáticas ou patológicas, a fim de prolongar a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo referente ao biopsicossocial, através de programas que possibilitem promoção e prevenção à saúde. Isso pode acontecer por meio de políticas de promoção e prevenção (MINAYO, COIMBRA, 2005; HOLANDA, 1996; CAMPOS *et al.*, 2013).

Para desenvolver a educação, é fundamental que o professor possua boa saúde e condições necessárias para a execução de suas atividades. Assim, o trabalho no contexto escolar ganha relevância por se articular com a qualidade de vida, necessitando de energia, vontade e persistência, pois existe um arsenal de atividades que estão ligadas à profissão, como corrigir avaliações, elaborar atividades, preparar aula, além de permanecerem de pé longos períodos (BECKER, 2003).

É importante destacar que, só no município de Fortaleza, segundo os últimos dados divulgados pela Secretaria Municipal de Educação (SME), em agosto de 2015, havia 8.254 professores efetivos e 2.824 substitutos nas salas de aulas, totalizado 11.078, os quais executavam as atividades laborais em 501 prédios distribuídos na rede de ensino público municipal, inclusas creche, centro de educação infantil, educação especial, anexo escolar, escola de tempo integral e escola municipal, com 195.443 alunos regularmente matriculados. Até agosto de 2015, 342 docentes foram afastados por licença, devido a problemas psicológicos, psiquiátricos e ortopédicos. Para o presidente da Associação dos Professores de Estabelecimentos Oficiais Ceará, a necessidade do afastamento se dá em decorrência da ausência de políticas públicas de saúde preventiva (DIÁRIO DO NORDESTE, 2016).

Neste sentido, Fortaleza (IDH 0,754), como capital do estado do Ceará, é referência em serviços de saúde e educação e demais setores do desenvolvimento humano, no Estado. Ela representa o ponto de referência na região metropolitana, acolhendo demandas de cidades vizinhas e de todo o estado do Ceará. Situação semelhan-

te dá-se no Vale do Jaguaribe. Nesta região, a cidade de Limoeiro do Norte (IDH 0,682) é destaque e referência por acolher demandas em educação e saúde, dentre outras, de cidades que compõem o Vale do Jaguaribe, sendo considerado ponto de referência em áreas que compreendem o desenvolvimento humano (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2017).

Neste aspecto, investigar as diferenças pode possibilitar intervenções e modelos de práticas em políticas públicas direcionadas ao desenvolvimento humano. Com isso, o objetivo geral do presente estudo foi avaliar as condições de trabalho em professores do ensino público na cidade de Limoeiro do Norte, Ceará.

MÉTODOS

O presente estudo é quantitativo do tipo transversal e analítico, que avaliou dados epidemiológicos (DORIA-FILHO, 2000). O estudo transversal avalia um fator ou causa que está presente ao efeito, descrevendo uma situação ou fenômeno em um momento não definido, a fim de apresentar a presença ou ausência de uma característica. Este modelo apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostra, examinando hipóteses da exposição com base em análises estatísticas (ALMEIDA-FILHO, BARRETO, 2014; HOCHMAN, NAHAS, 2005).

O estudo foi realizado na rede de ensino público municipal da cidade de Limoeiro do Norte, Ceará. Foram incluídas todas as instituições de ensino público municipais entendidas como “Escolas Municipais”, “Anexo Escolar”, “Escolas com Creche”, registradas pela Secretaria Municipal de Educação da cidade de Limoeiro do Norte, Ceará. Foram incluídos os professores efetivos com vínculo empregatício junto à Secretaria Municipal de Educação (SME) da cidade de Limoeiro do Norte, Ceará, estando com a situação

legalizada. Foram excluídos professores substitutos, convidados e terceirizados, que não possuíam vínculo empregatício direto com a Secretaria Municipal de Educação desta cidade.

Em janeiro de 2017, segundo dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Educação (SME) do município de Limoeiro do Norte, Ceará, havia 280 professores regularmente cadastrados e distribuídos em 21 prédios da rede de ensino público municipal com 3 modalidades de ensino (escolas municipais, anexo escolar e creche) para 7.275 alunos regularmente matriculados, em uma população de 58.915 pessoas com área da unidade territorial (km²) 750,068 (IBGE, 2017). Baseado nesta população de professores cadastrados na cidade de Limoeiro do Norte, Ceará, estimou-se necessário avaliar um total de 163 professores, a fim de obter uma amostra que representasse 95% de confiança da população (ROCHA, SARRIERA, 2006).

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]}$$

Onde N=280, p=0.5, d=0.05, α=0.05.

Neste aspecto, a seleção desses professores aconteceu através da estratificação da amostra com os níveis educacionais compondo a soma dos prédios. Tal amostra subsidiou o quantitativo de professores pelos níveis de ensino de acordo com a estratificação, seguindo o arredondamento dos números não inteiros, ao passo que a soma geral corresponde à aproximação do número de professores.

| | Nível I | Nível II | Nível III |
|--------------------------|---------|----------|-----------|
| Nº de professores | 24 | 62 | 78 |

Onde:

$$n = \frac{Nk^2P(1-P)}{e^2(n-1) + k^2P(1-P)}$$

N=163, P=3;8;10, K=21.

Neste aspecto, a amostra estratificada de professores por nível de prédios foi realizada pelo número de instituições, seguindo o arredondamento dos números não inteiros, ao passo que a soma geral corresponde à aproximação do número de professores.

| | Nível I | Nível II | Nível III |
|-------------------------------------|---------|----------|-----------|
| Nº de professores por prédio | 8 | 8 | 8 |

Foi aplicado um instrumento que avaliou as condições de trabalho. O instrumento utilizado foi a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT), que analisou os seguintes domínios: Condições de Trabalho (ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados); Organização do Trabalho (divisões de tarefas, normas, controles e ritmos); Relações Socioprofissionais (modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional) (SIQUEIRA, 2008). Destaca-se que o instrumento é validado e foi aplicado um pré-teste em 12 professores para subsidiar representações ideológicas e alterações na linguagem daquele público.

A interpretação desta escala refere-se a médias: entre 1,0 e 2,3 satisfatório, em que resultados entre esses números expressam bem-estar no trabalho; resultados entre 2,4 e 3,7 indica estado crítico, expressando “situação-limite”, potencializadora de mal-estar no trabalho e o risco de adoecimento; os resultados entre 3,8 e 5,0 indicam estado grave e produtor de mal-estar no trabalho, com forte risco de adoecimento, requerendo providências imediatas visando a eliminá-las e/ou a atenuá-las (SIQUEIRA, 2008).

Os dados obtidos nos questionários foram tabulados no Microsoft Excel e exportados para SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows. Os dados foram agrupados por domínios e, após agrupamento, foram expressos em forma de média e desvio padrão. Foi adotada uma confiança de 95% ($p < 0.05$) para todas as análises.

A pesquisa foi baseada em princípios éticos que objetivaram o respeito e a promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade do ser humano, apoiado nos valores que se embasam na resolução 466/12. Foi fundamento ético respeitar o sigilo profissional, a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional. Todos os participantes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE) e o projeto foi aceito pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, com o número do parecer 2.257.359.

RESULTADOS

Dados Sociodemográficos e Análise estatística

Participaram da pesquisa 170 professores, sendo 18 (10,6%) descritos como do gênero masculino e 152 (89,4%) do gênero feminino. A idade foi dividida em três modalidades, das quais a primeira é de 18 a 30 anos, a segunda de 31 a 50 anos e a terceira acima de 51 anos. Com isso, 14 (8,2%) professores estavam entre 18 e 30 anos, 107 (62,9%) professores estavam entre 31 e 50 anos e 49 (28,8%) professores estavam acima de 51 anos.

O tempo de serviço na instituição foi dividido em duas categorias, das quais a primeira é de 0 a 10 anos, e a segunda acima de 11 anos. Neste aspecto, 85 (50,0%) professores trabalham na instituição há até 10 anos e 85 (50,0%) professores estão na instituição há mais de 10 anos. O tempo de serviço no cargo foi dividido em três categorias, em que a primeira é de 0 a 10 anos, a segunda de 11 a 20 anos e a terceira acima de 21 anos. Com isso, 43 (25,3%) professores estão no cargo há até 10 anos, 51 (30,0%) professores estão no cargo entre 11 e 20 anos e 76 (44,7%) estão no cargo há mais de 20 anos.

A formação foi dividida em 4 categorias, das quais a primeira é Ciências da Natureza, a segunda Filosofia e Pedagogia, a terceira História e Geografia, e a quarta Informática e Matemática. Na primeira categoria, há 8 (8,3%) professores com formação em Ciências da Natureza, na segunda categoria, há 60 (62,5%) professores com formação em Filosofia e Pedagogia, na terceira categoria, há 14 (14,4%) professores com formação em História e Geografia, e na quarta categoria, há 14 (14,4%) professores com formação em Informática e Matemática.

A escolaridade dos professores foi dividida em 4 categorias, em que a primeira é o “segundo grau completo”, a segunda é o “superior incompleto”, a terceira é “superior completo” e a quarta é “pós-graduação”. Com isso, 15 (8,8%) dos professores tinham apenas o segundo grau completo, 19 (11,2%) professores tinham superior incompleto, 37 (21,8%) tinham nível superior e 99 (58,2%) possuíam pós-graduação, incluindo especialização e mestrado.

Quanto ao estado civil, 52 (30,6%) dos professores são solteiros(as), 99 (58,2%) dos professores são casados(as), 6 (3,5%) dos professores são viúvos(as) e 13 (7,6%) se caracterizam como outro, estando inclusa a situação e o termo de estar “junto”, em concubinato, com alguém.

A carga horária de trabalho dos professores foi descrita em 4 categorias, em que a primeira é de 0 a 20 horas, a segunda é de 21 a 30 horas, a terceira é de 31 a 40 horas e a quarta é de 41 a 60 horas. Com isso, 12 (7,1%) dos professores tinham carga horária entre 0 a 20 horas, 2 (1,2%) dos professores tinham carga horária de 21 a 30 horas, 155 (91,2%) tinham carga horária entre 31 e 40 horas e 1 (0,6%) tinha carga horária entre 40 a 60 horas.

Referente aos professores que trabalham em mais de uma instituição, 13 (7,6%) trabalhavam e 157 (92,4%) não trabalhavam em outra escola.

Os professores foram enquadrados nas etapas de ensino, que são caracterizadas em três: Ensino Infantil, Ensino Fundamental I e

Ensino Fundamental II. O Ensino Infantil corresponde à educação básica, do maternal ao pré-escolar, com variação de idades entre 2 e 6 anos. O Ensino Fundamental I também corresponde à educação básica, que é do 1º ao 5º ano com variação de idades entre 6 e 11 anos. O Ensino Fundamental II, também da educação básica, vai do 6º ao 9º ano, com variação de idades entre 11 e 14 anos. Com isso, 75 (44,1%) dos professores avaliados ensinavam no Ensino Infantil, 128 (75,3%) dos professores atuavam no Ensino Fundamental I, e 71 (41,8%) dos professores atuavam no Ensino Fundamental II. A idade média dos professores entrevistados foi de 45,3 anos, o tempo médio de serviço na instituição foi de 12,5 anos, e o tempo médio de serviço no cargo foi de 18,6 anos.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos e Análise Estatística

| | n | % |
|--|-----|------|
| Gênero | | |
| Masculino | 18 | 10,6 |
| Feminino | 152 | 89,4 |
| Idade | | |
| Entre 18 e 30 anos | 14 | 8,2 |
| Entre 31 e 50 anos | 107 | 62,9 |
| Mais de 51 anos | 49 | 28,8 |
| Tempo de serviço na instituição | | |
| Até 10 anos | 85 | 50,0 |
| Mais de 10 anos | 85 | 50,0 |
| Tempo de serviço no cargo | | |
| Até 10 anos | 43 | 25,3 |
| 11 a 20 anos | 51 | 30,0 |
| Mais de 20 anos | 76 | 44,7 |
| Formação (n=96) | | |
| Ciências da natureza | 8 | 8,3 |
| Filosofia/Pedagogia | 60 | 62,5 |
| História/Geografia | 14 | 14,6 |
| Informática/Matemática | 14 | 14,6 |
| Escolaridade | | |
| Segundo grau | 15 | 8,8 |
| Superior incompleto | 19 | 11,2 |
| Superior | 37 | 21,8 |

| | n | % |
|--------------------------------------|-----|------|
| Pós-graduação | 99 | 58,2 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 52 | 30,6 |
| Casado | 99 | 58,2 |
| Viúvo | 6 | 3,5 |
| Outro | 13 | 7,6 |
| Carga horária | | |
| 20 | 12 | 7,1 |
| 30 | 2 | 1,2 |
| 40 | 155 | 91,2 |
| 60 | 1 | 0,6 |
| Trabalha em outra instituição | | |
| Sim | 13 | 7,6 |
| Não | 157 | 92,4 |
| Tipo de ensino | | |
| Tipo ensino infantil | 75 | 44,1 |
| Tipo ensino fundamental I | 128 | 75,3 |
| Tipo ensino fundamental II | 71 | 41,8 |

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual

Os resultados obtidos indicaram que os pontos satisfatórios são: as condições de trabalho que não oferecem riscos à segurança física das pessoas ($2,19 \pm 1,22$), as tarefas estão claramente definidas ($2,27 \pm 1,08$), a distribuição das tarefas é justa ($2,06 \pm 1,10$), os funcionários não são excluídos das decisões ($1,88 \pm 1,01$), não existem dificuldades na comunicação chefe-subordinado ($1,99 \pm 1,06$), não existem disputas profissionais no local de trabalho ($2,16 \pm 1,20$), não existem conflitos no ambiente de trabalho ($2,38 \pm 1,06$), a comunicação entre funcionários é satisfatória ($2,26 \pm 0,88$), as informações que os professores precisam para executar tarefas são de fácil acesso ($2,22 \pm 1,05$), e existe apoio das chefias para o desenvolvimento profissional dos professores ($2,20 \pm 1,13$).

Destacam-se como pontos críticos os itens: as tarefas são cumpridas com pressão temporal ($3,36 \pm 0,87$), as normas para execução das tarefas são rígidas ($3,42 \pm 1,01$), a fiscalização do desempenho é presente ($3,48 \pm 1,12$), o número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas ($3,20 \pm 1,11$), os resultados esperados estão fora da realidade ($2,97 \pm 1,15$), falta de tempo para realizar pausa e descanso

no trabalho ($3,21 \pm 1,24$), existe divisão entre quem planeja e quem executa ($2,51 \pm 1,32$), as condições de trabalho que são precárias ($3,35 \pm 1,08$), o ambiente físico que é desconfortável ($3,28 \pm 1,18$), há excesso de barulho no ambiente de trabalho ($3,40 \pm 1,17$), o mobiliário no local de trabalho é inadequado ($3,30 \pm 1,13$), os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas ($3,33 \pm 1,08$), o posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas ($2,93 \pm 1,12$), os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários ($3,28 \pm 1,12$), o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado ($3,16 \pm 1,23$), o material de consumo é insuficiente ($3,19 \pm 1,14$), e existência de individualismo no ambiente de trabalho ($2,51 \pm 1,17$).

Por fim, os pontos graves foram o ritmo de trabalho, que é acelerado ($3,95 \pm 0,89$), e a cobrança por resultados ($4,22 \pm 0,84$). A média geral de todos os itens foi ($2,87 \pm 0,52$). Os resultados expostos anteriormente se deram em forma de média e desvio padrão. A seguir um demonstrativo da tabela com os resultados da escala.

Tabela 2: Resultados da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

| | Média |
|--|--------------|
| O ritmo de trabalho é acelerado | 3,95±0,89 |
| As tarefas são cumpridas com pressão temporal | 3,36±0,87 |
| A cobrança por resultados é presente | 4,22±0,84 |
| As normas para execução das tarefas são rígidas | 3,42±1,01 |
| Existe fiscalização do desempenho | 3,48±1,12 |
| O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas | 3,20±1,11 |
| Os resultados esperados estão fora da realidade | 2,97±1,15 |
| Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho | 3,21±1,24 |
| Existe divisão entre quem planeja e quem executa | 2,51±1,32 |
| As condições de trabalho são precárias | 3,35±1,08 |
| O ambiente físico é desconfortável | 3,28±1,18 |
| Existe barulho no ambiente de trabalho | 3,40±1,17 |
| O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado | 3,30±1,13 |
| Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas | 3,33±1,08 |
| O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas | 2,93±1,12 |

| | Média |
|---|--------------|
| Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários | 3,28±1,12 |
| O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado | 3,16±1,23 |
| As condições de trabalho oferecem riscos à segurança física das pessoas | 2,19±1,22 |
| O material de consumo é insuficiente | 3,19±1,14 |
| As tarefas não estão claramente definidas | 2,27±1,08 |
| A autonomia é inexistente | 2,36±1,12 |
| A distribuição das tarefas é injusta | 2,06±1,10 |
| Os funcionários são excluídos das decisões | 1,88±1,01 |
| Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinado | 1,99±1,06 |
| Existem disputas profissionais no local de trabalho | 2,16±1,20 |
| Existe individualismo no ambiente de trabalho | 2,51±1,17 |
| Existem conflitos no ambiente de trabalho | 2,38±1,06 |
| A comunicação entre funcionários é insatisfatória | 2,26±0,88 |
| As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso | 2,22±1,05 |
| Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional | 2,20±1,13 |

Dados expressos em forma de média e desvio padrão

Os resultados por domínio indicam, também, que as Condições de Trabalho (3,14±0,74) e Organização do Trabalho (3,37±0,56) encontram-se em situação crítica, enquanto que as Relações Socioprofissionais (2,21±0,68) são satisfatórias. A média geral destes domínios também indica situação crítica (2,87±0,52).

Tabela 3: Resultados por domínio Contexto de Trabalho

| EACT | Média |
|-----------------------------|--------------|
| Condições de Trabalho | 3,14±0,74 |
| Organização do Trabalho | 3,37±0,56 |
| Relações Socioprofissionais | 2,21±0,68 |
| Média Geral | 2,87±0,52 |

Dados expressos em forma de média e desvio padrão

DISCUSSÃO

Ao respeitar a diversidade e a especificidade das redes de ensino, a Resolução CNE/CEB nº 2/2009 propõe que as secretarias de educação façam esforços no sentido de avançar rumo à jornada integral de 40 horas/semanais, com a vinculação do professor a uma única escola. Porém, existem escolas que desenvolvem carga horária de 10, 20, 30 e 40 horas com os professores, flexibilizando suas atividades e possibilitando a execução de atividades em outras instituições. Há também instituições que desenvolvem horários fragmentados, como, por exemplo, 15, 25, 35 e até 45 horas por semana (BRASIL, 2009; ARELAGO *et al.*, 2014). Neste estudo, evidenciaram-se professores com carga horária com 20, 30, 40 e até 60 horas. Porém, a carga horária não mostrou relação com o contexto de trabalho.

Outra situação na educação infantil é referente à feminização no magistério, como foi mostrado neste trabalho, visto que o público feminino é de 152 (89,4%) pessoas, ou seja, o estabelecimento do lugar do professor pela figura feminina. Vale ressaltar que essa missão é uma representação social (MATOS *et al.*, 2017) construída sob a mulher como portadora de amor e paciência, características tidas como fundamentais para o ensino na infância e na adolescência. Porém, essa característica é contraditória, pois coloca a mulher como cuidadora, em vez de professora. Outra característica apontada é que tais professoras mostram um índice superior de formação em pedagogia com 60 pessoas, o que pode ser um problema referente ao ensino de conteúdos e disciplinas como física, matemática, química, biologia, história, geografia e português (PENNA, 2012). Neste estudo, a formação em pedagogia representa (62,5%).

Nesta lógica, pode-se criar preconceito do perfil masculino na profissão docente no ensino infantil e fundamental pela construção histórica colocar a mulher com maior apropriação para atuação, ou seja, na sociedade ainda existe o debate de atividades relacionadas

ao homem e à mulher. Isso pode representar machismo ao passo que a disputa e questionamentos mostram que existe o conflito na afirmação do que pode ser ou não considerado bom para determinado fim, através de interesses, poder e tentativa de afirmação ideológica (RABELO, 2013).

Destaca-se ainda que ensinar no ensino infantil e fundamental pode ser fonte de satisfação decorrente das práticas de transmissão cultural, proporcionando afetividade, sensibilidade e emoções, que acontecem por meio de atividades práticas. Isto explica o maior número de profissionais, neste estudo (62,5%), com formação em pedagogia (74) e ciências humanas, áreas que possibilitam a aproximação com estas vivências. Essa formação possibilita alegria, convívio pacífico e afetivo com a prática educativa. Tais atividades são compreendidas como possibilidade de mergulhar em vivências prazerosas que proporcionam o desenvolvimento da autoestima. Porém, para pedagogos, ensinar disciplina como matemática requer rigidez, padronização comportamental e racionalismo exagerado, descaracterizando o sentido das relações humanas (GARIGLIO, 2015).

Um aspecto importante da educação inicial diz respeito à precariedade na infraestrutura, o que pode comprometer a qualidade de vida dos professores. Neste estudo, a infraestrutura apresentou-se crítica ($3,28 \pm 1,18$). Esta precariedade pode possibilitar um estado de tensão no sujeito através das exigências no ambiente profissional. É importante pensar em estratégias de transformação desta realidade na educação inicial em decorrência da associação com fator desqualificador do trabalho (CUTULI, 2017).

Outra característica apontada neste estudo diz respeito à quantidade e à qualidade dos materiais disponíveis no ambiente de trabalho que têm impacto direto para condições adequadas no exercício pleno de atividades, impedindo que as habilidades, conhecimentos e atitudes, bem como a experiência de um profissional sejam postos em prática, influenciando diretamente no estresse e na desmotivação (TAMBASCO, 2017).

Já as relações profissionais têm um grau de importância elevado no trabalho, explicando os dados obtidos ($2,21 \pm 0,68$). As relações possibilitam comunicação com chefias, problemas no ambiente de trabalho e o gerenciamento de demandas. A comunicação satisfatória possibilita gestão mais participativa. Esta comunicação satisfatória entre a equipe é um indicador importante que pode possibilitar segurança e bem-estar como pressuposto na busca pela organização do trabalho ($3,37 \pm 0,56$) relacionado às melhorias que permitam a qualidade de vida (69,95) (TAMBASCO, 2017).

A comunicação satisfatória ($2,26 \pm 0,88$) possibilita também a eliminação de situações que possam desencadear conflito no ambiente de trabalho. O conflito no trabalho, que neste estudo foi ($2,38 \pm 1,06$), é definido como um processo manifesto de incompatibilidade, desacordo ou dissonância entre pessoas, grupos ou organizações. Neste sentido, a atividade requer algum tipo de interação, comunicação e coordenação, podendo gerar tendências para a ação e constituir uma fonte potencial de desacordos. Nos professores, as relações profissionais são satisfatórias ($2,21 \pm 0,68$), ou seja, a comunicação é satisfatória ao passo que o individualismo ($2,51 \pm 1,17$) e o conflito ($2,38 \pm 1,06$) no presente estudo têm indicadores baixos. Tal pressuposto demonstra que a competição ($2,16 \pm 1,20$), discordância ou dissociação estão ausentes da percepção dos mesmos (GUIMARAES; MARTINS, 2008).

Por fim, um estudo com professores mostrou que o ambiente de trabalho precário é desfavorável à saúde vocal, reduzindo a qualidade de vida e desenvolvendo rouquidão em razão da intensidade da fala. Tais pressupostos podem possibilitar estresse. As estratégias comuns para superação geralmente são os hábitos saudáveis, como: atividade física, alimentação equilibrada, descanso/sono, evitar álcool e drogas. Tal contexto possibilita a busca por hábitos saudáveis, ou seja, a busca por estes mesmos que se podem fazer ausentes em decorrência do excesso de trabalho (PENTEADO; SILVA; MONTEIRO, 2015).

CONCLUSÃO

Pode-se compreender que as condições de trabalho se mostraram críticas, de modo a prejudicar a saúde dos professores. Neste sentido, é importante que haja alterações no contexto de trabalho como estratégia de enfrentamento das condições críticas e manutenção da saúde dos professores.

As intervenções subsidiadas através dos fatores críticos, apontados neste estudo, possibilitam aos diferentes interlocutores buscarem estratégias, a fim de eliminar ou minimizar indicadores críticos existentes, projetando novas situações de trabalho com produtos e tecnologias e relações que possam beneficiar o desenvolvimento individual e coletivo para o público presente. Ela proporciona a alteração da percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro dos sistemas de cultura e valores sociais nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Estes valores estão direcionados à qualidade de vida e ao contexto de trabalho, representados em uma perspectiva transcultural, multidimensional, por meio de relações e crenças com um sistema de avaliação objetiva e subjetiva do desenvolvimento individual. Tal perspectiva objetiva a transformação positiva no contexto de trabalho dos professores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

ANDRADE, J. E. B.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho**. Porto alegre: Artmed, 2004.

ARELARO, L. R. G.; JACOMINI, M. A.; SOUZA, N. A.; SANTOS, K. A. Condições do trabalho docente: uma análise da carreira na rede municipal de ensino de São Paulo. Brasília, **Rev. bras. estud. pedagog.**, v. 95, n. 239, p. 197-217, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Ensino médio inovador**. Brasília: Secretaria de Educação, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 12 dez. 2012.

BECKER, F. Entrevista: escola e epistemologia do professor. **Revista profissão docente**, Minas Gerais, v. 3, n. 9, p. 40-46, 2003.

BORSOI, I. C. F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & sociedade**, Minas Gerais, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CUTULI, R. D. Género y trabajo emocional: los fundamentos de la precariedad en el nivel inicial. **Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. Trab. soc.**, Santiago del Estero, n. 28, p. 37-54, 2017.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, Santa Catarina, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DIÁRIO DO NORDESTE, 2016. **Ceará perde 2,6 mil professores da rede pública em três anos**. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/ce-perde-2-6-mil-professores-da-rede-publica-em-tres-anos-1.1412140>> Acesso em 15 de maio de 2016, as 18h20min.

DORIA-FILHO, U. D. **Introdução à bioestatística para simples mortais**. São Paulo: Editora Negócio, 2000.

GARIGLIO, J. Â. A experiência escolar e a socialização pré-profissional de professores de educação física. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 31, n. 2, p. 229-251, 2015.

GUIMARAES, V. F.; MARTINS, M. C. F. Bases de poder do supervisor, conflitos intragrupais e comprometimento organizacional e com a equipe. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 54-78, 2008.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA-FILHO, R. S.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005.

HOLANDA, T. C. M. **A psicologia na assistência a saúde pública: análise sob a ótica das representações sociais**. 1996. 2 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade de Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Ceará, Limoeiro do Norte, 2017**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230760&search=ceara|limoeiro-do-norte>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

MATOS, T. N. F.; TRAJANO, S. S.; CALDAS, J. M. P.; CATRIB, A. M. F. Representações sociais e condições de saúde em moradores de rua. **SA-NARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 16, n. Especial, p. 17-22, 2017.

MINAYO, M. C. S., COIMBRA JR, C. E. A. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Anuário Estatístico do Ceará 2016. **Índice de Desenvolvimento Humano - IDH**. Disponível em: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2016/index.htm>>. Acesso em 12 de Agosto de 2017.

PENNA, M. G. O. Professores das primeiras séries do ensino fundamental e relações estabelecidas com o conhecimento. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 44, p. 201-216, 2012.

PENTEADO, R. Z.; SILVA, N. B.; MONTEBELLO, M. I. L. Voz, estresse, trabalho e qualidade de vida de técnicos e preparadores físicos de futebol. **CoDAS**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 588-597, 2015.

RABELO, A. O. Professores discriminados: um estudo sobre os docentes do sexo masculino nas séries do ensino fundamental. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 907-925, 2013.

ROCHA, K. B.; SARRIERA, J. C.. Saúde percebida em professores universitários: gênero, religião e condições de trabalho. **Rev. semestral da associação brasileira de psicologia escolar e educacional**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 187-196, 2006.

SIQUEIRA, M. M. M.. **Medidas de comportamento organizacional**. Porto Alegre: Artemad, 2008.

TAMBASCO, L. P. et al. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na atenção primária à saúde. **Saúde em debate**, v. 41, n. 2, p. 140-151, 2017.

DIFICULDADE DE EMPREGABILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL

*Pedro Fernandez Fernandes de Oliveira
Isabelle Cerqueira Sousa*

INTRODUÇÃO

O estigma da doença mental, internalizada ou não, é conhecido por representar a barreira mais proeminente em nível individual e estrutural para a entrada de pessoas com deficiências mentais no competitivo mercado de trabalho e para ganhar salários em igualdade de condições com os outros (WHO, 2011).

Na atualidade, a questão do emprego no Brasil tem sido muito discutida, e quando se aprofunda o estudo para analisar o trabalho para pessoas com deficiência, a complexidade é ainda maior. Quase 24% da população brasileira é composta por pessoas que possuem algum tipo de deficiência. De acordo com o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui 45 milhões de Pessoas com Deficiência (PCDs), que enfrentam dificuldades as mais diversas de inserção social, e, portanto, exercer uma função profissional pode ajudar a ultrapassar essas dificuldades.

Dando continuidade aos dados do Censo de 2000 do IBGE, aproximadamente 14,5% da população brasileira tem alguma deficiência, seja ela física, visual, auditiva, múltipla, surdocegueira ou intelectual. Nesse sentido, Correr (2003) destaca que, no início da

década de 90, estudos (HAGNER *et al.*, 1992; FABIAN, 1992; KOHATSU, 1998) demonstraram que o emprego passou a ser visto como primordial para o estabelecimento de uma identidade pessoal, para a garantia da autoestima e de qualidade de vida para pessoas com deficiência. (RIBEIRO; PINHEIRO¹; DELLATORRE², [s.d.])

Apesar da importância e da obrigatoriedade legal, a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho formal ainda é pequena. Andreia Verdélio (2017)³, numa reportagem da Agência Brasil, expõe que apenas 403.255 estão empregados, o que corresponde a menos de 1% das 45 milhões de pessoas com deficiência no país.

Quando realizado um recorte, para ser considerada apenas a participação de pessoas com deficiência intelectual no mercado de trabalho formal, dos 25.332 trabalhadores em 2013, os dados passaram para 32.144 em 2015, último período de dados disponíveis da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), mesmo assim esse acréscimo ainda simboliza a existência de muitas barreiras na empregabilidade dessas pessoas.

Esse estudo objetivou fazer uma Revisão sistemática de publicações sobre a empregabilidade de pessoas com “DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL”, partindo de uma visão mais ampla da deficiência intelectual.

Silva (2018)⁴ explica que, em 2006, a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU) ampliou a caracterização de deficiência ao considerá-la a “partir dos impedimentos de longo prazo que em interação com uma ou mais barreiras podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

3 VERDELIO, A. Disponível em: <<http://agenciabrasil.etc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-08/apenas-1-dos-brasileiros-com-deficiencia-esta-no-mercado-de-trabalho>> Agência Brasil, Brasília. Publicado em 26/08/2017. Acesso em 07. Maio. 2019.

4 SILVA, R. Deficiência Psicossocial / Definições e Perspectivas. Disponível em: <https://www.catho.com.br/carreira-sucesso/pcd/deficiencia-psicossocial-conceito-e-perspectivas/>. CATHO, 2018. Acesso em 07. Maio. 2019.

Outra inovação da Convenção (ONU, 2006) foi incluir o conceito de deficiência psicossocial: “as pessoas com transtornos mentais crônicos: transtorno bipolar, esquizofrenia, ansiedade generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, depressão grave e epilepsia” passaram a ser incluídas nessa nova conceituação de deficiência psicossocial.

O conceito de deficiência mental é dado a partir da manifestação anterior aos dezoito anos de idade, de um funcionamento intelectual significativamente inferior à média associada a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (Decreto 5.296/04).

O conceito de deficiência psicossocial é dado a partir da constatação de significativa seqüela decorrente de um diagnóstico psiquiátrico. Romeu Sasaki (2011)⁵ foi um dos primeiros no Brasil a escrever sobre o tema, considerando tal tipo de deficiência como uma deficiência “por saúde mental” ou psiquiátrica.

Sasaki (2011) explica que “o termo: pessoa com deficiência psicossocial não é o mesmo que pessoa com transtorno mental, trata-se, isto sim, de ‘pessoa com seqüela de transtorno mental’, uma pessoa cujo quadro psiquiátrico já se estabilizou. [...] Também certos tipos de transtorno global do desenvolvimento (TGD) poderão fazer parte do segmento das pessoas com deficiência, alguns desses tipos são: Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger, Psicose e Autismo”.

Seja por desconhecimento, medo ou preconceito não declarado explicitamente, ainda poucas pessoas ou empresas se sentem à vontade em deliberadamente contratar pessoas com deficiência psicossocial – independentemente de ser ou não pela Lei de Cotas.

5 SASSAKI, R. Artigo publicado na Agenda 2011 do Portador de Eficiência, 2010. Publicado por OAB - Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://oab-rj.jusbrasil.com.br/noticias/2748813/artigo-deficiencia-psicossocial-romeu-kazumi-sasaki>>.

Silva (2018) explica que, em 2012, o Ministério do Trabalho instituiu, através da Instrução Normativa n. 98, que a avaliação biopsicossocial “pode ser feita por qualquer profissional com ensino superior e qualificação na área da saúde, e que, portanto, fica responsável pela emissão do laudo caracterizador de deficiência que enquadrará a pessoa à Lei de Cotas”. A Avaliação biopsicossocial (feito por um ou mais profissionais com ensino superior, exceto médico), deve conter: fatores socioambientais e psicológicos, impedimentos ou limitações das funções e estruturas do corpo, limitações ao desempenho de atividades ou restrição de participação. Com exceção do diagnóstico (CID-10), todas as demais informações podem ser descritas por outro profissional e, ainda, serem classificadas universalmente pela CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade).

METODOLOGIA

No contexto deste trabalho, desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e nas bases do portal EBSCO Host, realizada entre abril e maio de 2019, utilizando descritores em português e inglês, quais sejam: transtorno mental AND emprego, *mental disorders OR mental illness OR psychiatric disorders OR psychiatric illness AND employment*. Limitamos os resultados a publicações brasileiras ou sobre o Brasil, pelo menos em parte, publicadas a partir de 2004, em revistas científicas revisadas por pares.

Como resultados foram localizados 112 artigos. Após esse momento, os artigos foram avaliados em seus títulos e resumos, a fim de definir se estavam enquadrados nos objetivos deste trabalho. Dentre as publicações listadas, foram excluídas as que não tratavam da situação de emprego dos portadores de transtorno mental na condição de deficiente (101). Foram mantidos 11 estudos que abordam o emprego do portador de deficiência psicossocial distribuídos da seguinte forma:

Quadro 1 – Resumo da coleta nas bases de dados.

| Bases de dados | N inicial | N após seleção inicial |
|---|------------|------------------------|
| CINAHL with Full Text | 34 | 1 |
| MEDLINE Complete | 34 | 5 |
| Scielo | 15 | 2 |
| Academic Search Premier | 8 | 1 |
| Academic Search Ultimate | 8 | 0 |
| Fonte Acadêmica | 7 | 1 |
| Health Source: Nursing/Academic Edition | 2 | 0 |
| SocINDEX with Full Text | 2 | 0 |
| Business Source Elite | 1 | 0 |
| Fuente Académica | 1 | 0 |
| TOTAL | 112 | 11 |

Fonte: Elaborada pelos autores (2019)

Foram eliminadas as repetições, e esses artigos da seleção inicial então foram lidos em sua íntegra de forma independente por dois autores, com o objetivo de reavaliação dos critérios de inclusão e exclusão, para, então, ser dado prosseguimento à elaboração da revisão. Nesse momento, foram excluídos outros 3 artigos, sendo a revisão elaborada com base nos 8 restantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados encontrados, será apresentado o Quadro 2 com o resumo das principais informações da amostra de artigos selecionados.

Quadro 2. Distribuição dos artigos analisados por ano de publicação, título, Autores, Resultado e Conclusão. Fortaleza - CE, 2019.

| Ano de Publicação | Título | Autores | Metodologia | Resultados | Conclusão |
|-------------------|--|---|--|---|--|
| 2006 | Desigualdade social e transtornos mentais comuns | Leticia Marin-Leon, Helenice Bosco de Oliveira, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Paulo Dalgalarroondo, Neury Jose Botega | Realizou-se um inquérito epidemiológico transversal em uma amostra representativa da população > 14 anos de idade, residente na zona urbana de Campinas (SP), utilizando-se um instrumento que incluiu o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para avaliar transtornos mentais comuns nos últimos três meses. A prevalência ponderada de transtornos mentais comuns foi calculada para cada variável independente. Razões de prevalência bruta e ajustada foram estimadas por regressão de Poisson. | A prevalência global foi de 17% (95% IC 12,8-22,3), 8,9% em homens e 24,4% em mulheres. Observou-se uma associação inversa entre transtornos mentais comuns e características socioeconômicas (escolaridade e emprego) mesmo após ajuste. Apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns os indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade (RP = 5,5) e os desempregados ou subempregados (RP = 2,0). | Como em outros estudos, os transtornos mentais comuns estão desigualmente distribuídos, sendo mais frequentes em indivíduos que se encontram sob pior condição socioeconômica. Deveriam ser desenvolvidas ações que pudessem reduzir as desigualdades em geral e no campo da saúde mental. |
| 2008 | The influence of the work in the life of users assisted by attention psychosocial's center (CAP-SIntegration) of Campinas - SP | Samuel Rodrigues de Paula | Analisar e compreender a significação do trabalho para 30 usuários dos serviços do CAPS, que concordaram em participar da pesquisa. | Os usuários encontram-se satisfeitos em poder trabalhar no CAPS, O trabalho realizado tem se constituído como um alento às suas necessidades imediatas, fazendo-os sentirem-se úteis não só a si mesmos, mas à seus familiares e à própria sociedade. | O estudo percebeu grandes mudanças no modo dos usuários encararem a vida, comparando seu existir antes e depois do início do atendimento no CAPS, demonstrando que essa forma de atenção à saúde mental substituiu o sistema de internação hospitalar, tem proporcionado aos seus usuários uma esperança de vida e de transformação social com a superação dos obstáculos causados pela doença que os afligem. |

| Ano de Publicação | Título | Autores | Metodologia | Resultados | Conclusão |
|-------------------|---|---|--|--|---|
| 2010 | Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho | Rúbia Cristina Rodrigues, Tanimar Pereira Coelho Marinho, Patricia Amorim | O estudo ocorreu em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia (GO), do qual participaram oito pessoas adultas e de ambos os sexos, que traziam o trabalho como algo importante em suas vivências. Utilizou metodologia qualitativa e exploratória, por meio da realização de grupo focal. Para o tratamento dos dados, utilizou a análise temática. | Os resultados apontaram os sentidos do trabalho enquanto existencialização e identidade social, autonomia e sociabilidade. Na interface com a saúde mental, o trabalho surgiu como protetor e/ou adoeecedor mental. Os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. | Enquanto possibilidade de (re)inserção social, o estudo mostrou que os CAPS têm dificuldades em propor alternativas de inclusão pelo trabalho, apesar da melhoria de vida promovida pelo acompanhamento psicossocial. |
| 2010 | Estudo observacional exploratório comparando pacientes com Transtornos Mentais Leves/Moderados e Transtornos Mentais Graves em serviço ambulatorial de referência para a Atenção Primária | Mário Sérgio Ribeiro, José Cândido Caldeira Xavier Junior, Tiago Rodrigues Mascarenhas, Priscila Matthesen Silva, Eveline Maria Melo Vieira, Camila Vieira Dal-Bianco Lamas, Luiz Cláudio Ribeiro | Observacional Quantitativo Prospectivo que avaliou 876 pacientes encaminhados por cinco Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora-MG que compareceram à primeira consulta no serviço especializado de referência em saúde mental da região oeste do referido município (CRRESAM-Oeste). Esses pacientes foram comparados quanto a variáveis demográficas; socioeconômicas; psicopatológicas e interativas; ligadas ao tratamento e aos processos de referências e contra-referências. Análises bivariadas foram realizadas para investigar possíveis associações (p -valores $< 0,05$) entre os TMG e 69 variáveis estudadas. | Os dados evidenciaram associações entre TMG e seis variáveis demográficas; três econômicas; 22 psicopatológicas e interativas; e cinco relativas ao tratamento e aos processos de referências e contra-referências. Quanto à situação de trabalho, foi observado que o diagnóstico de TMG se associou negativamente ao exercício de atividade laboral ($p= 0,000$) e se associou de forma positiva ao fato de não trabalhar na profissão ($p=0,000$); | Além de constituírem num parâmetro inicial para estudos relativos a comparações entre grupos de pacientes com TMG e TMLM, os resultados auxiliam profissionais de saúde a melhorar a qualidade do trabalho de assistência à saúde mental. |

| Ano de Publicação | Título | Autores | Metodologia | Resultados | Conclusão |
|-------------------|--|---|---|---|---|
| 2016 | Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: a review of legislation across the world | Renuka Nardodkar, Soumitra Pathare, Antonio Ventriglio, João Castaldelli-Maia, Kenneth R. Javate, Julio Torales, Dinesh Bhugra. | Este estudo examinou se as leis existentes representam barreiras estruturais na realização do direito ao trabalho e emprego de pessoas com problemas de saúde mental em todo o mundo. Revisou a legislação sobre direitos humanos e as leis trabalhistas específicas de pessoas com deficiência de todos os Estados membros da ONU no contexto do artigo 27 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). | As leis em 62% dos países mencionam explicitamente deficiência mental / deficiência / doença na definição de deficiência. Em 64% dos países, as leis proíbem a discriminação contra pessoas com saúde mental durante o recrutamento; em um terço das leis dos países, proíbe a descontinuidade do emprego. Mais da metade (56%) dos países possuem leis que oferecem acesso a acomodações razoáveis no local de trabalho. Em 59% dos países, as leis promovem o emprego de pessoas com problemas de saúde mental por meio de diferentes ações afirmativas. | Quase 50 anos após a adoção do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e 10 anos após a adoção da CDPD pela Assembleia Geral da ONU, a discriminação legal contra pessoas com problemas mentais continua existindo globalmente. Os países e decisores políticos devem implementar medidas legislativas para garantir a não discriminação de pessoas com problemas de saúde mental durante o emprego. |
| 2017 | Mental disorders and employment status in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: gender differences and use of health services | Mariane Henriques França, Sandhi Maria Barreto, Flavia Garcia Pereira, Laura Helena Silveira Guerra de Andrade, Maria Cristina Alochio de Paiva, Maria Carmen Viana | Este estudo descreve as estimativas e associações de 12 meses de prevalência do DSM-IV de transtornos mentais e uso de serviços de saúde com status de emprego por gênero na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Foram analisados dados da Pesquisa de Saúde Mental em Megacidades de São Paulo (n = 5.037). Este é um estudo de base populacional que avalia a prevalência e os determinantes de transtornos mentais entre adultos, utilizando a Composite International Diagnostic Interview. As associações foram estimadas por odds ratios obtidas por meio de regressão logística binomial e multinomial. | Este estudo demonstra que ter transtornos mentais, especialmente transtornos de humor, está associado a ser inativo ou desempregado entre homens e inativo entre mulheres, mas apenas ter um transtorno por uso de substâncias está associado a estar desempregado entre as mulheres. Entre os portadores de transtornos mentais, a busca por serviços de saúde é menos frequente entre os desempregados. | Iniciativas para promover a inclusão na força de trabalho devem ser consideradas prioritárias no Brasil, juntamente com intervenções individuais visando prevenir o ônus dos transtornos mentais, como invalidez, afastamentos ou benefícios, absenteísmo e presenteísmo, desde afastamento de longa duração até incapacidade permanente, causando altos custos financeiros para os indivíduos, para suas famílias, para seus locais de trabalho e para o sistema de seguridade social no Brasil. |

| Ano de Publicação | Título | Autores | Metodologia | Resultados | Conclusão |
|-------------------|---|---|---|---|--|
| 2017 | Saúde mental e trabalho: diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso | Ana Paula Donizete da Silva, Sabrina Helena Ferigato | Foram eleitas sete oficinas dentre as iniciativas de geração de renda que compõem a rede de atenção psicossocial do município de Campinas-SP. Partiu-se de uma abordagem qualitativa participativa, utilizando como técnicas de produção de dados a observação participante, seguida da produção de diários de campo e a realização de grupos focais com os profissionais e profissionais de saúde. A análise dos dados e a produção de resultados se deram a partir da técnica da interpolação de olhares, que cruzou os dados produzidos pelas ferramentas de pesquisa citadas. | O trabalho associativo e cooperativo, nos moldes da economia solidária, é uma opção política pautada na Reforma Psiquiátrica e permite identificar diferentes expressões das (a) necessidades, (b) desejos e (c) direitos presentes na narrativa das pessoas com transtornos mentais, que são transversalizadas pelos temas do acesso ao trabalho e a interface com o tratamento. | O trabalho cooperado e solidário se constitui como um dispositivo importante para a inserção de pessoas com transtornos mentais por abordar de forma inclusiva as singularidades das pessoas com sofrimento psíquico, considerando cotidianamente seus desejos, direitos e necessidades. |
| 2017 | Transtornos mentais e inserção no mercado de trabalho no Brasil: um estudo multicêntrico nacional | Ada Ávila Assunção, Eduardo de Paula Lima, Mark Drew Crosland Guimarães | Foi explorada a relação entre inserção no mercado de trabalho e as características de pacientes da amostra representativa de 2.475 adultos internados em 26 instituições brasileiras de saúde mental (15 Centros de Atendimento Psicossocial e 11 hospitais). Características sociodemográficas, clínicas e comportamentais foram obtidas de entrevistas estruturadas e analisadas por regressão multinomial. | Maior probabilidade de afastamento temporário do mercado de trabalho foi observada em pacientes do sexo feminino, solteiros, divorciados ou viúvos, sem moradia estável e internados ou tratados pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. Maior probabilidade de afastamento definitivo do mercado de trabalho foi observada entre os mais velhos. Afastamento temporário ou definitivo foi diretamente associado à baixa escolaridade, ao número de internações ao longo da vida e ao diagnóstico de transtorno mental grave; e inversamente associado ao uso de álcool e drogas. | As vulnerabilidades ocupacionais identificadas suscitam o debate sobre a formulação de políticas setoriais. |

Apesar da legislação e de iniciativas de empresas privadas, ainda se observa fortemente a dificuldade de inclusão de pessoas com deficiências psicossociais no mercado formal de trabalho, como uma alternativa a essa problemática. Silva e Ferigatob (2017) realizaram uma pesquisa qualitativa, na qual foram analisadas as dimensões de direito, desejo e necessidade nas práticas de inclusão laboral de pessoas com transtornos mentais na cidade de Curitiba. As autoras concluíram que: “O trabalho cooperado e solidário se constitui como um dispositivo importante para a inserção de pessoas com transtornos mentais por abordar de forma inclusiva as singularidades das pessoas com sofrimento psíquico, considerando cotidianamente seus desejos, direitos e necessidades” (DONIZETE DA SILVA; FERIGATO, 2017).

Quando se fala de deficiências ou transtornos mentais, deve-se levar em consideração que existem diferentes níveis de comprometimento, e poucos são os estudos que realizam comparações entre pacientes com transtornos mentais leves/moderados (TMLM) e graves (TMG), em especial na interface nível primário e secundário de atenção à saúde, como também na inclusão social pelo trabalho remunerado.

No estudo observacional de Ribeiro *et al.* (2010), avaliaram-se prospectivamente 876 pacientes, encaminhados por cinco Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora, em Minas Gerais, para analisar a interferência das variáveis demográficas, socioeconômicas, psicopatológicas e interativas de pacientes com variados níveis de transtornos mentais. A pesquisa demonstrou “um parâmetro inicial para estudos relativos a comparações entre grupos de pacientes com TMG e TMLM” (RIBEIRO *et al.*, 2010). Os resultados poderão auxiliar profissionais de saúde a melhorar a qualidade da assistência à saúde mental, e com isso facilitar a evolução dos tratamentos, facilitando a sua entrada no mercado de trabalho e adquirindo uma melhor qualidade de vida.

É fundamental fazermos essa distinção de níveis de comprometimento mentais, pois como profissionais da saúde sabemos que a evolução de cada ser humano é única, peculiar, e não deriva apenas de fatores genéticos, biológicos, psíquicos, mas também inter-relações familiares, variáveis sociodemográficas e econômicas. Os pacientes com transtorno mental grave, mais propícios ao enquadramento como deficiente psicossocial, são aqueles apontados no estudo como significativamente mais propensos a não estarem trabalhando ou estarem atuando fora de sua área de formação.

Para complementar essa linha de pensamento, Rodrigues; Marinho e Amorim (2010) explicam que: “entre os desafios da reforma psiquiátrica brasileira, está a (re)inserção social das pessoas com transtorno mental na vida pública e coletiva, de forma que suas singularidades possam se expressar”.

Os autores realizaram uma pesquisa qualitativa e exploratória, por meio da realização de grupo focal com oito pessoas adultas e de ambos os sexos, de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Goiânia (GO), que traziam o trabalho como algo importante em suas vivências.

Os resultados apontaram que os processos de exclusão social dos participantes ocorrem através da dificuldade de acesso à seguridade social relacionada ao trabalho e ao preconceito social vivido na tentativa de ingresso ao mundo do trabalho. Enquanto possibilidade de (re) inserção social, o estudo mostrou que os CAPS têm dificuldades em propor alternativas de inclusão pelo trabalho, apesar da melhoria de vida promovida pelo acompanhamento psicossocial (RODRIGUES; MARINHO; AMORIM, 2010, p.1615)

Em um trabalho qualitativo de DE PAULA (2008), avalia-se o impacto de um programa de Reabilitação Psicossocial realizado em um CAPS de Campinas-SP, e aponta o preconceito com o adoecido.

cimento, o medo (especialmente se não ser capaz) e a satisfação por conseguir independência financeira ao desempenhar alguma atividade remunerada (mesmo que sem vínculo empregatício).

Um estudo realizado na cidade de São Paulo (FRANÇA *et al.*, 2017) Brazil. Data from the São Paulo Megacity Mental Health Survey was analyzed (n = 5,037) apontou que as dificuldades para os portadores de transtorno mental são ainda maiores entre as mulheres, que apresentavam um risco 5,5 vezes maior do que os homens de serem economicamente inativas, além de um risco 35% maior de estarem desempregadas.

Outro levantamento realizado na cidade de Campinas - SP (MARÍN-LEÓN *et al.*, 2007) 14 years and older, in Campinas (Brazil também apontou uma associação inversa entre transtornos mentais comuns e características socioeconômicas (escolaridade e emprego), mesmo após ajuste. Apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns os indivíduos com menos de cinco anos de escolaridade (RP = 5,5) e os desempregados ou subempregados (RP = 2,0).

Um artigo apontado em nossa revisão sistemática tratou sobre a proteção legal ao direito de trabalhar das pessoas portadoras de transtorno mental, comparando a legislação de 194 países, incluindo o Brasil. O estudo apontou que, em geral, as proteções na lei estão correlacionadas com o status de renda do país, com os países de alta renda oferecendo mais proteção legal no emprego para pessoas com problemas de saúde mental. Sessenta e um por cento dos países do grupo de baixa renda proíbem a discriminação com base na deficiência mental no momento do recrutamento, em comparação com 75% no grupo de alta renda. Cinquenta e cinco por cento dos países do grupo de renda baixa e média baixa não proíbem a descontinuação do emprego com base em condições de saúde, incluindo problemas de saúde mental, enquanto 45% dos países de renda alta o fazem. Mais países do grupo de renda baixa

e renda média baixa não oferecem acesso a acomodações razoáveis nem promovem o emprego por meio de ações afirmativas.

Segundo os autores, a discriminação negativa na lei leva à negação da igualdade de oportunidades de acesso aos recursos econômicos. Eles apontam ainda que mesmo havendo disposições progressistas das leis, elas não obrigatoriamente refletem o que efetivamente acontece. Dessa forma, concluem que é importante os países membros da Organização das Nações Unidas efetivamente aderirem aos princípios dos tratados internacionais de direitos humanos, especialmente no que tange aos portadores de transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que ocorra uma mobilização dos profissionais de saúde para intervir nesse grave problema de saúde coletiva, no sentido de promover a mudança cultural que favoreça a inclusão dos portadores de transtornos mentais, o reconhecimento adequado da deficiência psicossocial, a redução das desigualdades dessa população e, em especial, as diferenças ainda maiores das mulheres portadoras de adoecimento psiquiátrico.

A correção dessas distorções sugere a necessidade de medidas governamentais voltadas a reduzir as diferenças existentes e promover educação, igualdade de gênero e acesso ao emprego dos portadores de deficiência psicossocial. Além da legislação, é indispensável que sejam tomadas medidas que garantam seu efetivo cumprimento.

O número de publicações científicas encontradas na área em nosso país parece ser um reflexo do desconhecimento, da falta de interesse ou do preconceito dos próprios profissionais de saúde com relação a esse tema.

REFERÊNCIAS

DONIZETE DA SILVA, A. P.; FERIGATO, S. H. Saúde mental e trabalho: diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso. **Mental health and work: dialogues on rights, desire, and need for access.**, v. 25, n. 4, p. 803–816, out. 2017.

FRANÇA, M. H. et al. Mental disorders and employment status in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: gender differences and use of health services. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 9 out. 2017.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Social inequality and common mental disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 250–253, 21 ago. 2007.

PAULA, S. R. DE. The influence of the work in the life of users assisted by attention Psicossocial's [sic] Center (CAPS - Integration) of Campinas - SP. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, p. 8p-8p, jan. 2008.

RIBEIRO, L.; PINHEIRO¹, S.; DELLATORRE², R. **Desafios da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho: um estudo sobre a percepção dos envolvidos perspectiva desafios da inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho: um estudo sobre a percepção dos envolvidos** The challenge. [s.l: s.n.].

RIBEIRO, M. S. et al. Estudo observacional exploratório comparando pacientes com Transtornos Mentais Leves / Moderados e Transtornos Mentais Graves em serviço ambulatorial de referência para a Atenção Primária. p. 291–300, 2010.

RODRIGUES, R. C.; MARINHO, T. P. C.; AMORIM, P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho TT - Psychiatric reform and social inclusion for work. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 15, n. supl.1, p. 1615–1625, 2010.

SILVA, R. **Deficiência Psicossocial / Definições e Perspectivas**. Disponível em: <https://www.catho.com.br/carreira-sucesso/pcd/deficiencia-psicossocial-conceito-e-perspectivas/>. CATHO, 2018. Acesso em 07. Maio. 2019.

SILVA, A. P. D. DA; FERIGATO, S. H. Saúde Mental E Trabalho: Diálogos Sobre Direito, Desejo E Necessidade De Acesso. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 4, p. 803–816, 2018.

VERDELIO, A. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-08/apenas-1-dos-brasileiros-com-deficiencia-esta-no-mercado-de-trabalho>> Agência Brasil, Brasília. *Publicado em 26/08/2017*. Acesso em 07. Maio. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Disability**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.who.int/about/>>. Acesso em: 15 maio. 2019.

AUTORES

ALINE VERAS BRILHANTE

Graduação em Medicina. Pós-doutorado em sociologia pela Universidad Rey Juan Carlos, Madrid. Doutorado em Saúde Coletiva pela associação ampla entre Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza. Professora do curso de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

ANA MARIA FONTENELLE CATRIB

Graduação em Pedagogia. Pós-doutorado em Tecnologia em Saúde pela Universidade do Porto-UP. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Doutorado em Educação pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Bolsista PQ-CNPq. Líder de grupo de pesquisa no diretório do CNPq.

ANA PAULA VASCONCELLOS ABDON

Graduação em Fisioterapia. Doutorado em Biotecnologia pela Rede Nordeste de Biotecnologia-RENORBIO. Mestrado em Ciências Fisiológicas pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade de Fortaleza- UNIFOR.

ANTÔNIO AUGUSTO FERREIRA CARIOCA

Graduação em Nutrição. Mestrado e Doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo-USP. Professore do Curso de Nutrição e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

CARLOS ANTÔNIO BRUNO DA SILVA

Graduação em Medicina. Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília-UNB. Mestrado em Medicina (Clínica Médica) pela Universidade Federal do Ceará-UFC Professor titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Médico do Governo do Estado do Ceará.

ARIANE PORTO SOARES

Graduação em Enfermagem Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Colaboradora no Departamento de Processos Éticos do Conselho Regional de Enfermagem Ceará-COREN-CE.

CARMEN SILVIA GRUBERT CAMPBELL

Graduação em Educação Física. Pós-Doutorado em Pesquisas Clínicas em Promoção da Saúde pela University of Miami Miller School of Medicine-UM-MSM. Mestrado e Doutorado em Educação Física.

CHRISTINA CÉSAR PRAÇA BRASIL

Graduação em Fonoaudiologia. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Associação Ampla – Universidade Estadual do Ceará/ Universidade Federal do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

CONCEIÇÃO DE MARIA ALBUQUERQUE

Graduação em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFO. Professora do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

DANIELLE TEIXEIRA QUEIROZ

Graduação em Enfermagem Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestrado em Enfermagem Comunitária também pela Universidade Federal do Ceará. Técnica na Atenção Primária na Prefeitura Municipal de Fortaleza -PMF.

ELENISE TENÓRIO DE MEDEIROS MACHADO

Graduação em Psicologia e Pedagogia Mestrado em Educação e Mestrado em Inovação Pedagógica – Educação-UMa. Especialização em Instrumentos Psicológicos pela UFC, com ênfase em Construção e Validade de Testes, Escalas e Outras Medidas Psicológicas. Especialização em Terapia Cognitiva Comportamental – TCC, pela Unichristus. Especialização em Educação e Saúde–UNIFOR. Especialização em Neuropsicologia – Unichristus.

FRANCISCO JOSÉ RODRIGUES

Graduação em Filosofia, com Licenciatura Plena em Filosofia pela Faculdade de Filosofia de Fortaleza - Agregada à Universidade Federal do Ceará. Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professor da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Integrante do Conselho Municipal de Educação de Fortaleza – CME, da Câmara do Ensino Fundamental – CEF.

GEISY LANNE MUNIZ LUNA

Graduação em Enfermagem. Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará -UECE. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR . Coordenadora da Residência Multiprofissional e Comunitária da Escola de Saúde Pública do Ceará.

GERALDO BEZERRA DA SILVA JÚNIOR

Graduação em Medicina. Pós-doutorado em Saúde Coletiva (Epidemiologia) pela Universidade Federal da Bahia-UFBA. Doutorado e Mestrado em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Professor Medicina pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Bolsista PQ-CNPq.

GIOVANNA DE PINHO PESSOA PACHECO

Graduação em Serviço Social. Especialização em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Especialização em Neuroeducação.

GLAYDSON DIEGO NEGREIROS DE MATOS

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Ceará -UFC.

HOZANA WANESSA ALVES PEREIRA

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

ISABELLE CERQUEIRA SOUSA

Graduação em Terapia Ocupacional. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Mestrado em Educação Especial-UECE. Professora do Cento Universitário Chritus-Unichristus.

JANIELE DA SILVA FREITAS

Graduação em Psicologia pela Faculdade Pitágoras Fortaleza -FP.

JESSIKA GOMES DO CARMO

Acadêmica de Psicologia na Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

JOANA MENDES DE ANDRADE AUGUSTO LIMA

Graduação em Fisioterapia. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza UNIFOR.

JOHN MIGUEL COSTA VARELA

Mestrado em Famílias e Sistemas Sociais pelo Instituto Superior Miguel Torga. Professor em funções técnico-pedagógicas na Direção Regional de Educação, (RAM).

JONAS LOIOLA GONÇALVES

Graduação em Fisioterapia. Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.. Especialização em Saúde do Idoso.

JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS

Graduação em Medicina. Professor Titular pela Universidade Federal da Paraíba. Cientista convidado da USP/FAPESP na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em Antropologia. Doutorado em Sociologia pela Universidad de Barcelona. Mestrado em Medicina pela Universidad de Barcelona e Mestrado em Sociologia pela Universidade Nova de Lisboa.

KARLA JULIANNE NEGREIROS DE MATOS

Graduação em Psicologia. Doutoranda em Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Especialização em Psicologia Clínica pela Faculdade 7 de Setembro.

KARLA MARIA CARNEIRO ROLIM

Graduação em Enfermagem. Pós-doutorado pela Universidade de Rouen-CHU/Rouen. Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC e pela Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes (Porto/Portugal). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Especialização em Perinatologia e Saúde Reprodutiva pela Universidade Federal do Ceará-UFC.

KARLA PRISCILA ALVES ELEUTÉRIO

Graduação em Administração. Acadêmica em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Fortaleza -FP.

KARINE FREIRE TELES ALVES

Graduação em Música. Especialista em Musicoterapia pela Faculdade Padre Dourado-FACTED. Educadora Musical e Musicoterapeuta Clínica.

KÁTIA SIQUEIRA DE FREITAS

Graduação em Letras e Pedagogia. Pós-doutorado em Administração da Educação pela The Pennsylvania State University -PSU. Doutorado em Administração da Educação pela The Pennsylvania State University -PSU. Mestrado em Currículo e Instrução pela The Pennsylvania State University -PSU.

KATIANA DA SILVA MOREIRA

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza -UNIFOR.

LARRUAMA SOARES FIGUEIREDO DE ARAÚJO

Graduação em Fisioterapia. Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva - SOBRATI e em Fisioterapia Neurológica.

LEONARDO LIMA ALEIXO

Acadêmico de Fisioterapia da universidade de Fortaleza. Bolsista de Iniciação Científica da Funcap.

LÍDIA ANDRADE LOURINHO

Graduação em Fonoaudiologia. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará -UECE. Doutorado em Saúde Coletiva (UECE/UFC/UNIFOR). Mestrado em Educação em Saúde-UNIFOR. Pedagoga e. Psicopedagoga.

LÍVIA DE CASTRO PINHEIRO

Acadêmica de Direito na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte -UERN. Estagiária da Vara de Execuções Penais de Mossoró.

LUIS ADRIANO FREITAS OLIVEIRA

Graduação em Enfermagem. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Terra Nordeste -FATENE.

MARCIA DUARTE DA SILVA

Graduação em História. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania-UCSal. Especialização em História Econômica e Social do Brasil pela Faculdade São Bento da Bahia-FSBB.

MÁRCIA LINHARES RODRIGUES

Graduação em Psicologia. Especialização em Linguística Aplicada - Ensino de Língua Portuguesa, pela Faculdade 7 de Setembro -FA7.

MARIA AUXILIADORA LISBOA MORENO PIRES

Graduação em Matemática. Doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-FRN. Mestrado em Educação pela Universidade Federal da Bahia-UFBA. Docente do Curso de Graduação em Licenciatura em Matemática da UCSAL

e do Departamento de Educação da UEFS e do Programa de Pós-Graduação da UCSAL.

MARIA ALISSANDRA LOPES DE MACEDO

Graduação em Psicologia pela Faculdade Católica do Rio Grande do Norte- FCRN.

MARIA DE FÁTIMA PESSOA LEPIKSON

Doutorado em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia -UFBA. Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina -UFSC.

MARIA HELENA DE AGRELA GONÇALVES JARDIM

Graduação em Enfermagem. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Doutorado em Psicologia e Ciências da Saúde pela Universidade de Coimbra, Portugal.

MARIA ILEINY CAMARA DE ANDRADE

Acadêmica da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

MARIA REGINA TEIXEIRA FERREIRA CAPELO

Graduação em Pedagogia. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Doutorado em Ciências do Trabalho pela Secretaria Regional de Educação da Madeira, Portugal. Mestrado em Educação.

MARIA VIEIRA DE LIMA SAINTRAIN

Graduação em Odontologia. Licenciatura em Geografia pela UFC. Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas-UNICAMP. Professor titular no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

MIRNA ALBUQUERQUE FROTA

Graduação em Enfermagem. Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará -UFC. Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará -UFC. Posdoctor em Pédopsychiatrie pela Universidade de Rouen - França. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva-ISC da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professora Titular do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da UNIFOR.

MONIKE COURAS DEL VECCHIO BARROS

Graduação em Fisioterapia Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Especialização em Cardiorrespiratória pela ATENEU.

NATASHA TEIXEIRA MEDEIROS

Graduação em Fisioterapia Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. Especialização em Fisioterapia Cardiovascular e Pneumofuncional pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professora da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

NAYARA DE CASTRO COSTA JEREISSATI

Graduação em Enfermagem. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Assessora Técnica do Núcleo de Imunizações-NUIMU na Coordenadoria de Vigilância em Saúde-CVS da Secretaria Estadual de Saúde Ceará-SESA-CE.

PATRICIA DO CARMO LIMA

Graduação em Psicologia e Turismo. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Especialização em Gestão de Pessoas.

PATRÍCIA PASSOS SAMPAIO

Graduação em Psicologia. Doutorado em Saúde Coletiva pela Associação Ampla (UECE-UFC-UNIFOR). Mestrado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza –UNIFOR. Professora de graduação e pós-graduação do curso de Psicologia pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

PAULO FÉLIX DE ALMEIDA PENA

Graduação em Farmácia/Bioquímica. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza -UNIFOR. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza -UNIFOR. MBA Executivo Internacional em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas –FGV.

PAULO GOBERLÂNIO DE BARROS SILVA

Graduação em Odontologia. Doutorado e Mestrado em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC. . Professor do curso de Odontologia e orientador de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas-UNICHRISTUS e no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará-UFC.

PEDRO FERNENDEZ FERNANDES DE OLIBEIRA

Graduação em Medicina. Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Médico do Trabalho, CRM-CE 9884. Coordenador de curso de pós-graduação Lato Sensu em Medicina do Trabalho.

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA

Graduação em Enfermagem. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP. Doutorado e mestrado em Enfermagem. Professora titular na Universidade de Fortaleza. Coordenadora do grupo de extensão em saúde da mulher e adolescente. Bolsista PQ-CNPq. Líder de grupo de pesquisa no diretório do CNPq.

ROSENDO FREITAS DE AMORIM

Graduação em Filosofia e História. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará. Especialização em Lógica Dialética pela Universidade Estadual do Ceará. Professor titular da Universidade de Fortaleza-UNIFOR e assessor técnico da Secretaria da Educação do Estado do Ceará –SEDUC. Professor efetivo do mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Professor colaborador do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Editor Chefe da Revista DoCEntes.

RUTH DE SOUZA SALES

Graduanda de Psicologia da Faculdade Pitágoras Fortaleza (FP).

SARAH FONTENELLE CATRIB

Graduação em Música. Mestranda em Educação pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Pós-Graduanda em Musicoterapia pela Faculdade Padre Dourado-FACTED. Educadora Musical e Musicoterapeuta Clínica.

SARAH SILVA DOS SANTOS

Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

SILVIA HELENA DE AMORIM MARTINS

Acadêmica de Psicologia da Universidade de Fortaleza. Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

TALLYS NEWTON FERNANDES DE MATOS

Graduação em Psicologia. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR. Pesquisador convidado no grupo “Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania” pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e no grupo “Saúde nos Espaços Educativos” pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

ZÉLIA MARIA DE SOUSA ARAÚJO SANTOS

Graduação em Enfermagem. Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) na Universidade Federal da Bahia-UFBA. Doutorado e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará-UFC) Docente no Mestrado Profissional-Tendência, Inovação em Enfermagem-MPTIE da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.