

15^a
edição

REVISTA ELETRÔNICA

método

do *Saber*

- Educação
- Saúde
- Tecnologia

2018

Ano 10, número 15, jan.-jun. 2018

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Projeto da Revista Científica, “Método do Saber”, é uma iniciativa proposta e desenvolvida pelo curso de Pedagogia da Faculdade Método e coordenada pela Prof^a. Patrícia Rodrigues, Prof. Olavo Egídio Alioto e Persio Nakamoto, com o apoio dos demais docentes do curso. Este Projeto visa, inicialmente, inserir os alunos no universo acadêmico, ou seja, da produção e disseminação de pesquisas científicas e estimular a pesquisa, a leitura e a elaboração de textos acadêmicos, contribuindo para a sua formação. A revista visa, também, à reflexão, à crítica e ao incentivo à leitura, por meio das edições de vários tipos de textos, entrevistas, artigos, e informações atualizadas sobre a área, criando e efetivando o acesso real dos usuários/alunos ao universo acadêmico, pois, a web inverteu o processo de produção acadêmica, possibilitando primeiro divulgar a informação e depois imprimi-la (antes só era possível a partir da impressão com custos altos, a divulgação de ideias). Partimos do suposto de que a informação científica é o insumo básico para o desenvolvimento científico e tecnológico, e os avanços das áreas de conhecimento, isto é, um processo contínuo em que a informação científica contribui para o desenvolvimento científico, e este, por sua vez, gera novos conteúdos realimentando todo o processo.

Objetivos:

- Criar um veículo de debate teórico/metodológico auxiliando no processo de Formação Inicial e Continuada;
- Dinamizar publicações da produção dos professores, dos alunos e demais pesquisadores da área de Educação;
- Espaço para divulgação das experiências, ideias e propostas dos professores, alunos e demais interessados nos temas e problemas da Educação.

SUMÁRIO

A QUALIFICAÇÃO DOS EDUCADORES NO ENSINO BÁSICO DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO BRASIL	3
A IMPORTÂNCIA DA BRINQUEDOTECA HOSPITALAR	19
PERFIL SOCIAL DO PÚBLICO VEGANO/VEGETARIANO NO RESTAURANTE VEGAN POINT LOCALIZADO NO TATUAPÉ NA CIDADE DE SÃO PAULO	31
O USO DA UVA E SEUS DERIVADOS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	39
DIAGNÓSTICO DE ESOFAGO DE BARRETT ASSOCIADO AO DISTÚRPIO DO REFLUXO GASTRESOFÁGICO POR ESÔFAGO CONTRASTADO: REVISÃO DA LITERATURA.....	47
CORPO EDITORIAL	57

A QUALIFICAÇÃO DOS EDUCADORES NO ENSINO BÁSICO DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO BRASIL

Fernanda Tabada Pedroso Monteiro¹, Maria do Amparo Lino da Silva², Mariana Kishi Takatsuji³, Paola Uliana de Oliveira⁴, Sonia Regina Venâncio dos Santos⁵

¹ Graduada e Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP). Professora de Educação Básica I na rede privada de São Paulo (SP)

² Graduada e Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP). Professora de Educação Básica I na rede privada de São Paulo (SP)

³ Graduada e Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP). Graduada em Enfermagem pela Universidade de Marília (UNIMAR). Professora de Educação Básica I na rede privada de São Paulo (SP)

⁴ Graduada e Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP). Professora de Educação Básica I na rede municipal de Diadema (SP). Docente no Curso Técnico de Estética e Cosmetologia na Faculdade Método de São Paulo (FAMESP)

⁵ Graduada e Licenciada em Pedagogia pela Faculdade Método de São Paulo (FAMESP).

RESUMO

O que pode ser mais secular e intrigante que o fracasso escolar? Os pais culpam os professores, que culpam a gestão, que culpa o sistema, que culpa a criança. O presente trabalho que tem como tema “a formação dos professores da rede pública e a relação com o fracasso escolar” abordou questões relacionadas à evasão escolar, perpassando pelo insucesso dos alunos na escola e a formação supostamente inadequada do professor decorrendo desses fatores, tendo como objetivo analisar a relação da formação do educador com o fracasso escolar nos anos iniciais da educação básica do ensino público no Brasil. A escolha de a pesquisa bibliográfica abranger especialmente o ensino básico se deve ao entendimento de que se os anos iniciais da educação forem bem construídos, esses serão a base para que ocorram avanços esperados nos demais níveis de ensino. Este assunto é um sério caso que requer muito mais pesquisas e atenção das políticas públicas na busca por soluções e estratégias conjuntas que objetivem o progresso da educação do país.

Palavras-chave: Fracasso Escolar. Evasão escolar. Formação continuada. Qualificação dos educadores.

INTRODUÇÃO

A valorização da educação e a formação dos professores é um tema que tem ocupado lugar de destaque no campo acadêmico.

Na atualidade, algumas instituições de ensino estão sendo desafiadas a preocupar-se com a formação e o desenvolvimento integral do aluno. Isso traz novas tarefas aos

professores, à medida que as novas funções concedidas à escola devem desenvolver práticas pedagógicas favoráveis à construção de saberes.

O profissional da educação necessita, além do conhecimento dos conteúdos de ensino, possuir um conjunto de saberes abrangentes, didáticos e transversais, provenientes da sua formação contínua e construído ao longo de sua experiência

didática. É nesse sentido que a formação continuada docente para o exercício da prática pedagógica dos professores que atuam nessa etapa educacional merece destaque especial por se tratar de um trabalho que se realiza com o aluno que, como sabemos, possui especificidades e necessidades próprias da idade.

O processo formativo adequado torna-se necessário uma vez que pode refletir diretamente na sala de aula, espaço físico onde acontece a interação do professor com o aluno e o saber. Adequar o conteúdo que o aluno deve aprender, com o trabalho escolar munido da didática correta torna-se um desafio para o docente.

DESENVOLVIMENTO

Qualificação dos educadores

Face à imprecisão da questão educativa, iniciaremos este projeto investigando fatores da formação dos profissionais docentes podendo descobrir lacunas que originem a desqualificação que tanto massifica os professores, vítimas ou culpados desse conflito.

Qualificação dos educadores: a Pedagogia como formação de profissionais da educação

Observamos uma movimentação na sociedade mostrando uma ampliação do campo do educativo com a conseqüente repercussão no campo do pedagógico. No senso comum, pedagogia significa que uma pessoa estuda Pedagogia para ensinar

crianças. Para Libâneo, representar o modo de fazer, ensinar a matéria, requer uma metodologia, um trabalho pedagógico, a metodologia do ensinar, então quem ensina para crianças é pedagogo (LIBÂNEO, 2001). Assim, a identidade da pedagogia faz-se questão indispensável nas pesquisas educacionais. Saviani, a partir de diversos panoramas com os quais a pedagogia vinha sendo marcada – ciência da educação, filosofia da educação, arte de educar – abordou o conceito de pedagogia como teoria geral da educação, “construída a partir e em função das exigências da realidade educacional” (1976, p.19).

A história da formação de professores no Brasil, segundo a qual pedagogo é alguém que ensina algo, traz uma tradição firmada no início da década de 1930, influenciada implicitamente pelos “pioneiros da educação nova”, motivada pelo entendimento de que o curso de Pedagogia seria um curso de formação de professores para as séries iniciais da escolarização obrigatória. A considerar que “peda”, do termo pedagogia, do grego “paidós”, significa criança, torna o raciocínio simples: educação e ensino são termos diretamente relacionados a crianças. Logo, a ideia que permanece latente na experiência brasileira de formação de professores é que, para ser pedagogo, ensinador de crianças, é preciso fazer um curso de Pedagogia (LIBÂNEO, 2001).

Libâneo (2001, p. 156), afirma que “a Pedagogia é, então, o campo do conhecimento que se ocupa do estudo sistemático da educação”. Todavia, se pedagogia e educação estão tão intimamente

inter-relacionadas, observemos um conceito de educação:

A educação é uma função parcial integrante da produção e reprodução da vida social, que é determinada por meio da tarefa natural e, ao mesmo tempo, cunhada socialmente da regeneração de sujeitos humanos, sem os quais não existiria nenhuma práxis social. A história do progresso social é simultaneamente também um desenvolvimento dos indivíduos em suas capacidades espirituais e corporais e em suas relações mútuas. A sociedade depende tanto da formação e da evolução dos indivíduos que a constituem, quando estes não podem se desenvolver fora das relações sociais (SCHMIED-KOWARZIK, 1983 *apud* LIBÂNEO, 2001, p. 157).

Objetivando a formação do ser humano, o desenvolvimento que leva ao progresso, Libâneo (2001) ainda considera que por ser uma prática humana e social, é capaz de modificar as pessoas física, mental, espiritual e culturalmente. Deixa de ser um direito, transformando-se em serviço à medida que se acentuam as diferentes qualidades de educação para ricos e pobres. No entanto, a Pedagogia como campo de estudos específicos vive, hoje, no Brasil, um grande paradoxo:

Por um lado, está em alta na sociedade. Nos meios profissionais, políticos, universitários, sindicais, empresariais, nos meios de comunicação, nos movimentos da sociedade civil, verificamos uma redescoberta da Pedagogia. Enquanto isso, essa mesma Pedagogia está em baixa entre intelectuais e profissionais do meio educacional, com uma forte

tendência em identificá-la apenas com a docência, quando não para desqualificá-la como campo de saberes específicos (LIBÂNEO, 2001, p. 154).

Segundo Libâneo (2000), o caminho para a boa formação de profissionais deve ser outro. É preciso integrar os conteúdos das disciplinas em situações práticas para que, dessa forma, o futuro professor possa lidar com os problemas e lhes possibilitem solucioná-los com a ajuda da teoria. Isso significa ter a prática ao longo do curso para poder, assim, formar seus próprios conhecimentos e convicções, estando pronto e apto a assumir uma sala de aula ao se formar.

Qualificação dos educadores: qualificação dos profissionais pedagogos

Ao parafrasear Libâneo (2001), associamos o conceito de pedagogo com o profissional da área educativa ligado aos processos de transmissão e assimilação de saberes e suas formas de ação. Esse entendimento permite falar de três tipos de pedagogos:

1) pedagogos *lato sensu*, já que todos os profissionais se ocupam de domínios e problemas da prática educativa em suas várias manifestações e modalidades, são, genuinamente, pedagogos. São incluídos, aqui, os professores de todos os níveis e modalidades de ensino;

2) pedagogos *stricto sensu*, como aqueles especialistas que, sempre com a contribuição das demais ciências da educação e sem restringir sua atividade profissional ao ensino, trabalham com atividades de pesquisa, documentação, formação

profissional, educação especial, gestão de sistemas escolares e escolas, coordenação pedagógica, animação sociocultural, formação continuada em empresas, escolas e outras instituições;

3) pedagogos ocasionais, que dedicam parte de seu tempo em atividades conexas à assimilação e reconstrução de uma diversidade de saberes (LIBÂNEO, 2001, p. 161).

Libâneo (2001) aponta que a contemporaneidade mostra uma sociedade pedagógica, revelando amplos campos de atuação pedagógica. Assim, define para o pedagogo duas esferas de ação educativa: escolar e extra-escolar. No campo da ação pedagógica escolar, há três tipos de atividades que se distinguem:

a) a de professores do ensino público e privado, de todos os níveis de ensino e dos que exercem atividades correlatas fora da escola convencional;

b) a de especialistas da ação educativa escolar, operando nos níveis centrais, intermediários e locais dos sistemas de ensino (supervisores pedagógicos, gestores, administradores escolares, planejadores, coordenadores, orientadores educacionais etc.);

c) especialistas em atividades pedagógicas para escolares, atuando em órgãos públicos, privados e públicos não estatais.

Portanto, a formação dos profissionais da educação deve contemplar a preparação dos profissionais da área educacional para atuarem na organização e na gestão de todos os segmentos do sistema nacional de ensino. Faz-se igualmente necessário formá-los para que se dediquem à construção do

conhecimento científico na área, requisito fundamental de toda formação técnica e docente. É assim que Libâneo (2001) explica a formação do profissional da educação: visa formar um profissional que possa atuar como docente (atual licenciado), como especialista (possuidor das atuais habilitações) e como pesquisador (o atual bacharel como essa modalidade tem sido conservada).

Quando se trata de qualificação, para Libâneo (2000), algumas atitudes dos docentes são relevantes na educação contemporânea como:

- Assumir o ensino como mediação, uma aprendizagem ativa do aluno, levando em consideração o potencial cognitivo de cada aluno, sua capacidade, conhecimentos e experiências prévios. O professor “ensinará a aprender a pensar”.
- Possuir estratégias de ensino assim como desenvolver suas próprias competências do pensar, se o professor não sabe “aprender a aprender”- será difícil ajudar o aluno.
- Auxiliar os alunos a se tornarem cidadãos, ou seja, colocarem-se ante a realidade para pensá-la e atuar nela.
- Reconhecer e adaptar-se ao impacto das novas tecnologias em sala de aula, não pode ignorar a evolução da tecnologia e usá-la a seu favor de forma pertinente, o que pode contribuir significativamente para a aprendizagem.
- Atender à diversidade cultural, respeitar as diferenças dos alunos, entendendo que a inteligência não seja o fator imprescindível para o aprender mas, levar em consideração as particularidades de cada

aluno como situação pessoal e familiar, origem social, cultura e até a própria relação com o professor.

- Proporcionar ao aluno uma aprendizagem significativa e, para isso, é preciso que o professor conheça e compreenda motivações, interesses, necessidades dos alunos diferentes entre si, e ter sensibilidade para situar a relação docente no contexto físico, social e cultural do aluno.

Formação Continuada: formação continuada na Rede pública de Ensino

“Antes de se perguntar o que deve saber para ensinar, a professora deve se perguntar por que ensinar e como deve ser para ensinar” (p. 18). É assim que Gadotti (2003), tenta explicar a inexperiência dos professores recém-formados e até mesmo dos veteranos que insistem nos métodos retrógrados de ensino, fora do contexto atual:

Muito sofrimento da professora, do professor, poderia ser evitado se a sua formação inicial e continuada fosse outra, se aprendesse menos técnicas e mais atitudes, hábitos, valores. [...] Muita dor poderia ser evitada se o professor, a professora, aprendessem a organizar melhor o seu trabalho e o de seus alunos e alunas, se aprendessem a sistematizar e avaliar mais dialogicamente, se tivessem aprendido a aprender de forma cooperativa: o individualismo da profissão mata de ansiedade e angústia, leva ao sofrimento e até ao martírio do professor compromissado e à desistência daquele que perdeu a esperança. (p. 18).

É oferecida aos docentes da rede pública de ensino, uma vasta gama de Cursos

de Formação Continuada, o que, pela legislação brasileira, é um direito. Para Gadotti (2003, p. 20), “a nova pedagogia para a educação da humanidade não é apenas uma pedagogia da resistência, mas, sobretudo, uma pedagogia da esperança e da possibilidade”. De fato, o que vemos, é um sistema que investe na formação individualista e competitiva de um professor, e não na formação para um projeto comum de trabalho.

Formação continuada: incentivo para a formação continuada

De acordo com Libâneo (2000), tão importante quanto os conhecimentos científicos, os princípios e os valores humanos precisam ser recolocados na postura dos alunos. Para que tudo isso se concretize, é preciso maior valorização da profissão, fortalecer lutas por salários dignos, condições de trabalho, uma formação de qualidade e formação continuada.

Quando falamos em formação do professor, pensamos em algo que deva ser planejado e executado apoiado em uma concepção aberta dos objetivos da educação. De forma integrada, deve, concomitantemente, preparar os educandos para o exercício do trabalho, para a prática da cidadania e para a vida cultural, uma vez que, sem essas três dimensões, torna-se impossível conduzir com sucesso sua essência histórica, cooperando para a prática da coletividade, em uma sociedade na qual as relações humanas sejam moderadas por justiça e igualdade.

Se pela legislação brasileira a formação continuada do professor em serviço é um direito, Gadotti (2003) é enfático ao afirmar que para esse direito ser exercido na prática, algumas exigências mínimas são necessárias, como:

1. Direito a quatro horas semanais de estudo, no mínimo;
2. Possibilidade de frequentar cursos sequenciais aprofundados;
3. Acesso à bibliografia atualizada;
4. Possibilidade de sistematizar e escrever sua experiência;
5. Possibilidade de participar e expor sua experiência em congressos;
6. Possibilidade de publicar sua experiência sistematizada;
7. Publicar suas reflexões em rede por meio de um site da secretaria da educação.

A valorização dos profissionais que detêm saberes específicos, que carecem de formação inicial e oportunidades para formação contínua, bem como condições dignas para o exercício profissional, é garantida, segundo Libâneo (2001), a institucionalização do Centro de Formação, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional de Professores, que possibilita a incorporação dos princípios que os educadores construíram ao longo dos últimos anos em seus movimentos, encontros, pesquisas e debates.

No quesito formação e profissionalização dos professores, Libâneo (2001, p. 172) é categórico ao afirmar que “se quisermos lutar pela qualidade da oferta dos serviços escolares e pela qualidade dos resultados do ensino, é preciso investir mais na pesquisa sobre formação de professores”.

Para tanto, e mediante severas reivindicações da categoria, a legislação entra em vigor com o Plano Nacional da Educação, o PNE.

Nesse contexto, surgem programas cujo objetivo central é garantir que os professores da educação básica alcancem a formação estabelecida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), formando e preparando professores para atuarem na Educação Básica: (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio) e no Ensino Superior por meio da implantação de turmas especiais, exclusivas para os professores em exercício, como o Plano Nacional de Formação de Professores da Educação Básica (Parfor), implantado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em regime de colaboração com as Secretarias de Educação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e com as instituições de ensino superior (IES) (BRASIL, 2013).

Atualmente, esses e muitos outros programas de capacitação e formação continuada criados para professores de educação básica dos sistemas públicos de educação, sobretudo, com o objetivo de contribuir para a melhoria da formação dos professores e alunos estão em voga, no entanto, assim como as empresas, as instituições de ensino “se alimentam do conhecimento como estratégia de competitividade, e não de partilha, de colaboração” (CHRISTÓVAM, 2004, p.179). Tal competitividade pode ‘veladamente’ revelar até onde vai o interesse do educador em querer se aperfeiçoar mediante a

mudança do perfil do discente: pontuação ou aprimoramento?

Ser professor: por que ser professor?

Tornei-me professor enquanto aluno. E foi gostando de ser aluno, gostando de exercer a minha curiosidade, de procurar a razão de ser dos fatos e dos objetos, é que fui gostando de aprender e, dessa forma, descobrindo também o gosto de ensinar. Então, eu não cheguei por acaso à docência.
(Paulo Freire)

Contrariando as razões de Paulo Freire, para boa parte dos docentes, quando perguntados sobre a verdadeira razão da escolha de ser professor, estes respondem sem pestanejar: “porque gosto de criança”, assim pode constatar Gadotti (2003) em uma de suas inquietações. No entanto, essa motivação é pouco trabalhada no seu processo de formação, limitado a aspectos técnico-pedagógicos e não àqueles mais afinados à real motivação de sua escolha. Na sua concepção, para ser professor, é necessário fazer da profissão um projeto de vida. “Fala também muito hoje de competências profissionais do professor. Fala-se menos de saberes” (p. 22).

[...] ter uma concepção de educação; ter uma formação política, ética, isto é, ter compromisso; respeitar as diferenças; ter uma formação continuada; ser tolerante diante de atitudes, posturas e conhecimentos diferentes; preparar-se para o erro e a incerteza; ter autonomia didático pedagógica; ter domínio do saber específico que leciona; ser reflexivo e crítico; saber relacionar-se com os alunos; ter uma formação geral, polivalente e transversal (p. 21).

Diferente de ter competência, ter conhecimentos profundos de uma determinada disciplina é não ter habilidades práticas para o ensino, não saber ensinar. Nesse sentido, a educação é também uma arte. Assim, quando Gadotti (2003) se refere ao ato de educar, refere-se como algo muito complexo, como facultar o êxito do trabalho do professor ao seu conhecimento, dependendo da sua capacidade de inventar espaços de aprendizagem, o “fazer aprender” e de seu projeto de vida em permanente aprendizagem, a continuação da formação ao longo de sua carreira “e ‘saber ser, saber aprender, saber conviver, saber fazer’, como diz a UNESCO [...] ‘saber por que’ está ensinando e o que está ensinando, precisa ‘saber pensar’, necessita associar ensino, pesquisa e envolvimento comunitário” (p. 23).

Ser professor: como ser professor na sociedade aprendente

A tarefa do professor é a mesma da cozinheira: antes de dar faca e queijo ao aluno, provocar sua fome.
(Rubem Alves)

Diante a tantos avanços tecnológicos e posturas culturais, há necessidade de se refletir hoje sobre o novo papel do professor, as novas exigências da profissão docente. Para Christóvam, “ter formação polivalente, possuindo boa formação social e humanística” é um dos aspectos a serem considerados no perfil de líderes escolares capazes de lidar com a nova concepção do processo ensino-aprendizagem (2004, p.184).

Sob a perspectiva da UNESCO, que configurou uma tendência de autonomia na comunidade educacional, Christóvam associa

à nova concepção da educação escolar o redimensionamento do papel dos docentes, o que exige “formação profissional mais ampla em relação à formação até então exigida” (2004, p. 177).

Segundo Libâneo (2000), como os alunos de hoje têm acesso a muitas informações, seja por meio dos livros, televisão, computador, dentre outros, cabe ao professor capacitar por meio de mediações cognitivas e inter-oracionais os alunos, mas principalmente internalizar conhecimentos. Para isso, é necessário um professor que, além de qualificado, seja capaz de se ajustar às novas realidades, “pensar” na didática, ter competências, domínios e habilidades em sala de aula.

Nesse sentido, Christóvam salienta a necessidade de trabalhar, na capacitação de educadores, “princípios e valores que rompam os velhos paradigmas” e ainda reproduzem “velhas estruturas [...] acometidas de um grande déficit de pensamento crítico” (2004, p.172). Com isso, surge a possibilidade de entender a construção do processo ensino-aprendizagem voltado à mudança do perfil do aluno, cujo novo estilo empreendedor demanda capacidade criativa e inovadora, e, portanto, exige de gestores e docentes a revisão curricular, evitando o descompasso na formação discente.

“Num mundo de intensas transformações científicas e tecnológicas, precisam de uma formação geral sólida, capaz de ajudá-los na sua capacidade de pensar cientificamente, de colocar

cientificamente os problemas humanos [...]”, (LIBÂNEO, 2000, p. 8).

Para serem enfrentados tantos desafios, um grande avanço na tecnologia, individualismo e egoísmo acentuados, o aumento do poder dos meios de comunicação, principalmente a internet que interfere tanto nos valores e nas atitudes, é necessário um imenso investimento na educação escolar. A transformação geral da sociedade repercute diretamente nas escolas, na educação e no trabalho dos professores (LIBÂNEO, 2000).

Segundo Gadotti (2003), para o professor ter êxito nessa sociedade aprendente, ele precisa não somente ter clareza dos conhecimentos adquiridos e transmitidos, mas um dos segredos do chamado “bom professor” é trabalhar com prazer, gostando do que se faz. Esse autor enfatiza que fazemos sempre bem o que gostamos de fazer. Só é bem-sucedido o sujeito que faz o que gosta.

Partindo desse pressuposto, de se fazer o que se gosta, Gadotti (2003, p. 25) relata “a importância do trabalho de ‘sedução’ (Nietzsche) do professor, da professora, frente ao aluno, à aluna. Seduzir no sentido de encantar pela beleza e não como técnica de manipulação”. E completa:

Daí a necessidade da motivação, do encantamento. Motivação que deve vir de dentro do próprio aluno e não da propaganda. É preciso mostrar que “aprender é gostoso, mas exige esforço”, como dizia Paulo Freire no primeiro documento que encaminhou aos professores quando assumiu a Secretaria de Educação do

Município de São Paulo
(GADOTTI, 2003, p. 25).

Para Gadotti (2003), “aprender e ensinar com sentido é aprender e ensinar com um sonho na mente. A pedagogia serve de guia para realizar esse sonho” (p. 5). Descreve ainda como incumbência para o pedagogo a missão especial ligada ao profissional do sentido, num tempo em que aprender é conviver com a dúvida, daqueles que “fazem fluir o saber [...] porque constroem sentido para a vida das pessoas e para a humanidade e buscam, juntos, um mundo mais justo, mais produtivo e mais saudável para todos. Por isso eles são imprescindíveis” (p. 10).

Ser professor: o que leva ao desinteresse da profissão

Segundo Gadotti (2003), os motivos que levam ao desinteresse em seguir a carreira de professor são os salários baixos, cansaço, esgotamento de expectativas, desvalorização da profissão, deterioração das escolas. As melhorias existem, mas são quase imperceptíveis, provisórias e pontuais. Não correspondem a uma política pública de estado. “O brasileiro desvaloriza o professor. É o que se poderia deduzir de um dito que se tornou popular nas últimas décadas no Brasil: ‘Quem sabe faz, quem não sabe ensina’” (p. 6).

Não se pode falar de futuro para a humanidade sem educadores. “Não há

nação sem professores” (GADOTTI, 2003, p. 11). Esse autor citou Paulo Freire em uma de suas indagações quando nos falava da “boniteza” do sonho de ser professor de tantos jovens, que apesar do sonho e estarem cursando Pedagogia, não intencionavam dedicar-se à magistratura:

Se o sonho puder ser sonhado por muitos deixará de ser um sonho e se tornará realidade. A realidade, contudo, é muitas vezes bem diferente do sonho. Muitos de meus alunos e alunas, seja na Pedagogia, seja na Licenciatura, não pensam em se dedicar às salas de aula. Muito revelam desinteresse em seguir a carreira do magistério, mesmo estando num curso de formação de professores. Pesam muito nessa decisão as condições concretas do exercício da profissão. Preparam-se para ser professor e irão exercer outra profissão (GADOTTI, 2003, p. 6).

Enquanto o salário e a carreira não forem atraentes, o número de jovens dispostos a seguir a carreira do magistério continuará sendo baixo. Elevar os salários do magistério é opção mais política do que técnica. Implica em mudar prioridades e passar a enxergar a Educação como a principal fonte sustentável de desenvolvimento econômico e social de um país.

Perante o desencanto dos futuros e recém-formados pedagogos e das dificuldades da prática docente, muitos professores tornam-se vítimas da síndrome da desistência, “expressa na exaustão emocional provocada pelo aumento da

quantidade de trabalhos e pela despersonalização provocada pela sua baixa valorização social e reduzida realização pessoal” (GADOTTI, 2003, p. 30).

Em inúmeras conferências, Gadotti (2003) constatou um grande mal-estar entre os docentes. Apesar da mistura de decepções, irritação, impaciência, descrença, perturbação, notou que existia ainda alguma esperança que alimentava essa difícil profissão.

Qual é o papel do educador, da escola, da educação? Por que está tão difícil ensinar hoje? O que um professor pode fazer; o que ele deve fazer e o que é possível fazer? Para Gadotti (2003), a maioria dos professores decepcionados com a diminuição drástica dos salários, com a desvalorização da profissão e a progressiva deterioração das escolas procuram cada vez mais cursos e conferências para “buscar uma resposta que não encontraram nem na sua formação inicial e nem na sua prática atual” (p. 8). Muitas vezes, não encontram a resposta nem mesmo nesses cursos e retornam, não somente com essas, mas com outras perguntas tão mais angustiantes: O que estou fazendo aqui? Por que continuo nesse trabalho? Para que tanto sofrimento?

Parece que todos hoje estão de acordo quando se trata da necessidade de mudança. Como diz Francisco Imbernón, onde há desorientação, há falta de sentido, “[...] não é de admirar que nos últimos tempos não apenas o professor, mas também as instituições educacionais passem uma sensação de desorientação que faz parte da

confusão que envolve o futuro da escola e do grupo profissional” (GADOTTI, 2003, p. 14).

Ser professor: nova cultura profissional

Para que o ofício de professor não entre em risco de extinção, o professor deve adequar sua função, desempenhar seu papel de educador no mundo globalizado, para transformar o modelo de globalização dominante, essencialmente cruel e excludente (GADOTTI, 2003).

Segundo Gadotti (2003), para entender a crise de identidade da profissão docente, é preciso evidenciar suas características atuais, pontuadas a seguir:

1. Profissão massificada, conhecimento mutável e rapidamente obsoleto.
2. Profissão genérica, além do ofício de educador, é preciso ser animador de grupos, lutar contra a exclusão etc.
3. Profissão constituída de mulheres indica avanço social e desenvolvimento humano.
4. Profissionais de baixa renda, potencial revolucionário, perfil do oprimido.

Sabemos que o perfil do profissional pedagogo e de toda a comunidade escolar de hoje é muito diferente do que tínhamos até a década de 1980. A concepção predominante de mera transmissão do saber escolar está obsoleta, “Antes, a transmissão do conhecimento era facilmente medida. Agora, como o professor não foi preparado para trabalhar com conteúdos atitudinais, ele desiste” (GADOTTI, 2003, p. 15).

[...] a educação já não é mais propriedade da escola, mas de toda a comunidade. [...] Durante

muito tempo a formação do professor era baseada em “conteúdos objetivos”. Hoje o domínio dos conteúdos de um saber específico (científico e pedagógico) é considerado tão importante quanto as atitudes (conteúdos atitudinais ou procedimentais) (p. 14).

Na compreensão de Gadotti (2003), podemos identificar duas concepções opostas da profissão docente: a concepção neoliberal e a concepção emancipadora. A primeira, predominante, concebe o professor como um profissional lecionador, avaliado individualmente e isolado na profissão (visão individualista); a segunda avalia o docente como um profissional do sentido, um organizador da aprendizagem (visão social), uma liderança, um sujeito político, cujo objetivo é ajudar a tornar as pessoas mais livres e menos dependentes do poder econômico, político e social.

Numa concepção emancipadora da educação, a profissão docente tem um componente ético essencial. Sua especificidade está no compromisso ético com a emancipação das pessoas. Não é uma profissão meramente técnica. A competência do professor não se mede pela sua capacidade de ensinar – muito menos “lecionar” – mas pelas possibilidades que constrói para que as pessoas possam aprender, conviver e viverem melhor (p. 16).

A mudança pode ser a resposta quando desejamos obter a resolução do problema educacional do país. Para Gadotti (2003), “o maior desafio desta profissão está na mudança de mentalidade que precisa

ocorrer tanto no profissional da educação quanto na sociedade e, principalmente, nos sistemas de ensino” (p. 15), partindo do professor ao conceber uma nova concepção do seu papel, a redefinição da profissão docente.

No mesmo sentido da mudança, D’Ambrósio (1998) faz uma reflexão a respeito das dificuldades escolares e sua lentidão em se adaptar à sociedade atual:

O tempo da escola e o tempo da sociedade são conceitualmente distintos. O grande desafio para educação é pôr em prática hoje o que vai servir para o amanhã. A maior dificuldade da escola é sua lentidão em se transformar, em se adaptar à sociedade de hoje com efeitos na sociedade do futuro. O tempo da escola e o tempo da sociedade são distintos (p. 225).

Sabe-se que a dificuldade financeira é um obstáculo para a maior parte dos professores, isso não pode ser desculpa para a acomodação, para a negligência ou

Muitas formas de ensinar hoje não se justificam mais. Tanto professor como alunos têm a clara sensação de que muitas aulas convencionais estão ultrapassadas.

O papel do professor está muito além da simples transmissão de informação, ele só conseguirá fazer com que o aluno aprenda se ele próprio continuar a aprender. A aprendizagem do aluno é, indiscutivelmente, diretamente proporcional à capacidade de aprendizado dos professores. Essa mudança de paradigma faz com que o professor não seja o repassador de conhecimento, mas orientador, aquele que zela pelo

desenvolvimento das habilidades de seus alunos (D'AMBRÓSIO, 1998).

Conhecimento é, sem dúvida, essencial, portanto, é necessária uma reformulação das disciplinas, orientando-as para que o licenciado seja formado como um pesquisador. Nesse contexto, para Guedin (2002), a experiência docente e a mudança de postura e do sistema social são fortes aliadas para a obtenção dos melhores resultados quando o que se pretende é fazer o melhor para ser um bom professor:

A experiência docente é espaço gerador e produtor de conhecimento, mas isso não é possível sem uma sistematização que passa por uma postura crítica do educador sobre as próprias experiências. Refletir sobre os conteúdos trabalhados, às maneiras como se trabalha a postura frente aos educandos, frente ao sistema social, político, econômico, cultural é fundamental para se chegar à produção de um saber fundado na experiência. Deste modo o conhecimento que o educador “transmite” aos educandos não é somente aquele produzido por especialistas deste ou daquele campo específico de conhecimento, mas ele próprio se torna um especialista do fazer (teórico-prático-teórico) (GHEDIN, 2002, p. 135

Para D'Ambrósio (1998), o papel do professor na promoção de uma aprendizagem significativa tem início na clareza que ele tem a respeito da concepção social da Educação e, conseqüentemente, do seu próprio papel social. Somente a consciência e o compromisso com esse papel vão dar forma a um projeto real de sociedade, no qual se inserem a responsabilidade do professor na formação das gerações futuras.

Fracasso escolar: a culpa do fracasso escolar

Frente à necessidade de diagnosticar suas condições de funcionamento, a luta pelo avanço do ensino público foi retomada a partir da segunda metade dos anos 1970, mas dessa vez em novas bases filosóficas, como afirma Maria Helena Souza Patto em sua obra de pesquisa sobre o fracasso escolar (2010).

De lá para cá, na realidade, nada mudou. Em 1981, as literaturas sobre o fracasso escolar, se equiparavam com as da década de 1970 e persistem até hoje. Os discursos e textos das décadas passadas são tão atuais que é possível imaginar que o assunto é inédito. Patto, em sua obra, procura a resposta que muitos de nós buscamos sem êxito:

A autora cita a teoria de Piaget, tratada como um referencial quando comparada a pesquisas que demonstram as deficiências cognitivas das crianças pobres. Em 1979, um artigo bastante difundido continuava a afirmar:

A pouca sensibilidade do comportamento para com os alunos pobres e para com a comunidade onde devem atuar que são catastróficos tanto para a aprendizagem dos alunos como para uma ação educativa mais ampla no meio em que estão situados (PATTO, 2010, p. 160).

A despeito do “aluno ideal”, Patto (2010) menciona que “a escola pública é uma escola adequada às crianças de classe média e o professor tende a agir, em sala de aula,

tendo em mente um aluno ideal” (p. 159). Mas não encontra nas salas de aula da periferia o aluno que idealizou: saudável, bem nutrido, com uma família estabelecida e atenta às suas dificuldades e com presteza para aprender.

Através de pesquisas iniciais de diagnóstico, constatamos que os conteúdos dos programas, os métodos pedagógicos e os padrões de desempenho exigidos na maioria da clientela das escolas públicas, baseiam-se em modelos psicopedagógicos destinados a crianças ideais, que retratam os padrões das crianças de classe média. [...] condenando a criança pobre a um ensino não adequado e, portanto, ao fracasso escolar num sistema obviamente não igualitário (p. 160).

A importante democratização do ensino acredita na deficiência/diferença da clientela da escola pública em relação às classes média e alta. Para Patto (2010), enquanto não se “verificar o grau de adequação entre as propostas e orientações curriculares, a forma de trabalho do professor e as características da clientela” (p. 160) e nada for alterado, continuaremos encontrando deficiência nas condições de aprendizagem da maioria da população em idade de frequentar a escola.

Em suposições fundadas em preconceitos, os pesquisadores atribuem o fracasso escolar das crianças pobres à sua ausência de “capital cultural” para fazer frente às requisições culturais da escola (PATTO, 2010).

Em campo de pesquisa na Escola Municipal de Ensino Fundamental do Jardim, Maria Helena Souza Patto (2010) recolhe depoimentos da diretora, vice-diretora, assistente pedagógica e algumas professoras que constituem o corpo docente da Escola do Jardim, como será nomeada aqui. Consegue ainda entrevistar alguns pais e alunos na tentativa de saber a quem eles atribuem essa culpa. Começa aí o jogo de empurra-empurra.

Segundo o Regimento comum das Escolas Municipais de alunos dos anos iniciais do ensino fundamental. “à direção da escola cabe planejar, organizar, coordenar e controlar todas as atividades desenvolvidas no âmbito da unidade escolar.” (PATTO, 2010, p. 160). Partindo desse pressuposto, a diretora da Escola do Jardim afirma que “a direção desempenha eficientemente este papel centralizador que o Regimento lhe confere” (p. 219). Em parceria com a assistente pedagógica, desenvolvem com harmonia a relação dos funcionários, garantindo a limpeza, a ordem e o esmero das dependências da escola. Com o interesse e a dedicação da diretoria e a estabilidade da clientela, atribuído à boa qualidade do corpo docente, seus índices de reprovação na primeira série estão abaixo da média. Quando perguntado sobre os pontos negativos que levam à ineficiência da escola, a diretora apontou à má qualidade do corpo docente: “O professor é o principal responsável pelo fracasso dos alunos. É preciso gostar do que faz, ter uma motivação interior, ter vocação. O magistério é uma missão, por isso ganhar mais não vai adiantar” (p. 220). Em contrapartida, quando uma professora foi

perguntada sobre o fracasso escolar, ela rebate a culpa na criança e em sua família: “É a família: não ajudam, são analfabetos, trabalha fora o dia todo, o pai chega tarde e bêbado em casa” (p. 220). As crianças e seus familiares, por sua vez, relacionam como causa desse fracasso as incompetências ou os distúrbios encontrados em si, culpando-se pelas dificuldades de escolarização. Segundo o relato de uma mãe de aluno sobre o fracasso escolar do filho, menciona: “acho que foi porque ninguém dava importância em casa, não exigia muito dele” (p. 221).

Durante o período da pesquisa, Patto (2010), pode concluir que “uma convivência mais longa permite, no entanto, captar contradições e identificar insatisfações e tensões que, quase nunca explicitadas e muito menos resolvidas, permanentemente latejam no corpo da escola” (p. 221).

Fracasso escolar: como reverter a crise na Educação

Segundo Freire (2006), para que se pense certo, deve-se agir corretamente ou seja, o ato de ensinar exige que as palavras sejam incorporadas pelo educador, pois ao se assumir como educador, esse profissional deve fazer com que sua prática testemunhe sua teoria. De nada adianta um professor discursar e defender uma causa e depois se opor esta ou, então, opor-se teoricamente a algo e sua prática demonstrar que lhe é favorável.

Paulo Freire (2006) destaca que ensinar é algo específico ao ser humano, porque os mais jovens necessitam da

segurança, do conhecimento e da generosidade dos mais velhos, no caso, do educador. Este deve ter competência, liberdade e autoridade, porém aliadas à generosidade. O autor afirma ainda que o educador deve demonstrar seu comprometimento:

[...] não é possível exercer a atividade do magistério como se nada ocorresse conosco. Como impossível seria sairmos na chuva expostos totalmente a ela, sem defesas, e não nos molhar. Não posso ser professor sem me pôr diante dos alunos, sem revelar com facilidade ou relutância minha maneira de ser, de pensar politicamente [...]. Não posso escapar à apreciação dos alunos. E a maneira como eles me percebem tem importância capital para o meu desempenho (FREIRE, 2006, p. 96).

Freire (2003) mostra a necessidade de segurança, do conhecimento e da generosidade do educador para que tenha competência, autoridade e liberdade na condução de suas aulas. Defende a necessidade de exercermos nossa autoridade docente com a segurança fundada na competência profissional, aliada à generosidade. Acredita que a disciplina verdadeira não está “[...] no silêncio dos silenciados, mas no alvoroço dos inquietos” (p. 93), na esperança que desperta o ensino dos conteúdos, implicando no testemunho ético do professor – isso seria a autoridade coerentemente democrática.

Segundo Freire (2003), a atividade docente é alegre por natureza, mas com uma

formação científica séria e com a clareza política dos educadores. Daí a necessidade de sabermos lidar em nossa área, pois devemos estimular a alegria em nossas aulas, mas sempre carregada do caráter de cientificidade e conhecimentos teóricos, para que a área não caia na rotulação de ser apenas uma disciplina sem conhecimentos específicos. Destaca, ainda, que somente quem sabe escutar é que aprende a falar com os alunos. E somente quem escuta paciente e criticamente, é capaz de falar com as pessoas.

Nesse sentido, Libâneo (2000.p.7) também adere à ideia de que a reforma educacional deve partir do professorado:

Não há reforma educacional, não há proposta pedagógica sem professores, já que são os profissionais mais diretamente envolvidos com os processos e resultados da aprendizagem escolar. [...] A escola que sonhamos é aquela que assegura a todos a formação cultural e científica para a vida pessoal, profissional e cidadã, possibilitando uma relação autônoma, crítica e construtiva com a cultura em suas várias manifestações: a cultura provida pela ciência, pela técnica, pela estética, pela ética, bem como pela cultura paralela (meios de comunicação de massa) e pela cultura cotidiana [...].

Contudo, diante das inquietações sobre o fracasso escolar, podemos concluir que não há um verdadeiro culpado, pois é o conjunto da obra que monta o cenário, entretanto, a mudança pode partir dos profissionais educadores mesmo enfrentando dificuldades. São os professores, ou a maioria

deles, os mais preocupados pelo avanço da educação no país. São eles que, não à toa, escolhem a profissão docente mesmo conhecendo suas dificuldades e posicionam-se na linha de frente desse combate, pois acreditam no progresso educacional. Esperar que a mudança partisse do sistema governamental, seria muita ingenuidade. No entanto, esperar a mudança de braços cruzados, também é retroceder. Não basta ter boa vontade, é preciso evoluir, aprimorar os conhecimentos, tê-los como aliados na busca incessante de melhoria da educação do país.

CONSIDERAÇÕES

A insuficiência na formação de parte dos professores brasileiros vai além do diploma. Até mesmo alguns dos professores habilitados para a docência não estão recebendo formação apropriada. Distantes da experiência da sala de aula, algumas universidades oferecem primordialmente a transmissão dos conteúdos disciplinares que o professor abordará, mas não garante ao estudante o aprendizado em gestão da sala de aula, dada a importância, por exemplo, em saber lidar com diferentes faixas-etárias.

A inexperiência prática durante a formação é outro ponto de crítica. Hoje, a experiência do estudante é cumprida em estágios obrigatórios, mas nem sempre são avaliados, portanto, não se sabe ao certo que atividades ele desenvolveu e praticou durante sua permanência nem mesmo se houve a devida supervisão.

A baixa remuneração é outro problema em destaque na docência no Brasil. Mesmo cientes desse fator salário, os que decidiram seguir carreira em sala de aula sofrem o desprestígio profissional, levando à desistência dos professores da educação básica.

Mediante aos desafios encontrados pelos professores, que muitas vezes podem prejudicar o processo de ensino-aprendizagem, essa pesquisa tem como linha norteadora a reflexão crítica a respeito das possíveis causas para o fracasso escolar e sobre as condições necessárias que possam reverter o cenário com a reelaboração de novos conceitos.

Por fim, com base em estudos e análise de pesquisas, pode-se concluir que não há um único e verdadeiro culpado – mesmo que muitas vezes a culpa pelo fracasso recaia sobre o professor – mas sim, de toda a sociedade que o repreende. Assim, entende-se a suma importância dar a devida atenção à problemática do fracasso escolar levantando questões junto a todos os envolvidos no processo educacional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Rubem. **Lições do velho professor**. Campinas: Papyrus, 2013.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da Educação Básica 2012**: resumo técnico. Brasília: INEP, 2013.
- CHRISTÓVAM, Maria Carmem Tavares. Gestão educacional: uma nova visão. Capítulo 10: **A formação permanente do educador e o processo ensino-aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- D'AMBRÓSIO, Ubiratan. **Formação de professores**, sobre a formação de Educadores. Águas de São Pedro: UNESP, 1994.
- FREIRE, Paulo. **A educação na cidade**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- GADOTTI, Moacir. **Boniteza de um sonho**: Ensinar e aprender com sentido. Novo Hamburgo: Feevale. 2003.
- LIBÂNEO, José Carlos. **Adeus professor, adeus professora?** Novas exigências educacionais e profissão docente. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- LIBÂNEO, José Carlos. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- LIBÂNEO, José Carlos. Pedagogia e pedagogos: inquietações e buscas. **Educar**, Curitiba, n. 17, p. 153-176, 2001.
- PATTO, Maria Helena Souza. **A produção do fracasso escolar**: histórias de submissão e rebeldia. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- PIMENTA, Selma Garrido, GHEDIN, Evandro; **Professor reflexivo no Brasil**: gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2002.
- BRASIL. Plano Nacional da Educação. Disponível em: <<http://www.observatoriodopne.org.br>> Acesso em: 07 nov. 2014.
- SAVIANI, Demerval. Contribuição a uma definição do Curso de Pedagogia. **Didata**: a revista do educador. (O que é Pedagogia?) São Paulo, n. 5, 1976.

A IMPORTÂNCIA DA BRINQUEDOTECA HOSPITALAR

Edson Rodrigues¹, Olavo Egídio Alioto², Sirlândia Reis de Oliveira Teixeira³

¹ Aluno do curso de Pós-Graduação em Pedagogia Hospitalar da Faculdade Método de São Paulo (FAMESP).

³ Professor doutor e coordenador do curso de Pós-Graduação em Pedagogia Hospitalar da Faculdade Método de São Paulo (FAMESP).

³ Professora doutora do curso de Pós-Graduação em Pedagogia Hospitalar da Faculdade Método de São Paulo (FAMESP).

RESUMO

As brinquedotecas hospitalares tem com função humanizar a assistência a saúde e ao atendimento das crianças e adolescente hospitalizados. A partir da Lei 11.104/2005 as brinquedotecas hospitalares vêm se expandindo e ocupando um papel fundamental na estadia das crianças e adolescentes hospitalizados e dos seus familiares. Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo compreender as brinquedotecas hospitalares, como elas se originaram, suas funções e o brincar como um direito legal da criança hospitalizada. A metodologia utilizada é a bibliográfica. Os dados mostram que a brinquedoteca hospitalar tem uma importância fundamental e contribuir para minimizar os traumas sofridos pela internação das crianças e adolescente e seus familiares.

Palavras-chave: Brinquedoteca hospitalar. Brincar. Internação. Criança.

INTRODUÇÃO

Qualquer pessoa está sujeita a ser internada repentinamente. Pode-se ocorrer fatalidades, acidentes, doenças entre muitas causas. A separação da família e da rotina diária causa um choque emocional no indivíduo. A internação é um momento difícil para o internado e para a família, principalmente quando o tempo em que se permanecesse no hospital é demorado. Quando uma criança é internada o seu curso de desenvolvimento, a sua maneira de ver o mundo tem continuidade, mas algumas vezes provoca uma série de alterações na rotina, na vida da criança e de sua família. Em vista disso, alguns hospitais estão disponibilizando serviços que diminuem o sofrimento desse momento. Um deles é a brinquedoteca

hospitalar voltada para crianças e adolescentes que estão internadas. É um espaço de envolvimento com outras pessoas, diluindo o clima de tensão.

Em 2005 foi aprovada e sancionada a lei nº 11.104/2005 de autoria da deputada Luiza Erundina, sobre a implantação das brinquedotecas nos hospitais. Essa lei propôs a obrigatoriedade da implantação de brinquedotecas em hospitais que possuem atendimento pediátrico e que disponibilizem espaços destinados ao brincar nessas instituições. Sua inobservância se configura em infração à legislação sanitária federal, cujas penalidades estão previstas no inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437/77. O Art. 3 da Portaria 2.262/05 estabelece que a brinquedoteca seja “o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a

estimular as crianças, seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo, afeto entre as crianças e seu meio social”.

A declaração dos direitos da criança, estabelecida pela Organização das Nações Unidas, em 1959, foi importante para o resgate do brincar, assegurando para todas as crianças, dentre diversos aspectos, condições de vida digna, proteção, alimentação, acesso à escola, saúde e lazer. No Brasil, os direitos e garantias foram reforçados na Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

A Brinquedoteca Hospitalar é um lugar para brincar e favorecer o desenvolvimento da criança, proporcionando confirmar sua condição de criança e não somente de paciente.

O NASCIMENTO DA BRINQUEDOTECA

“As atividades recreativas, sempre fizeram parte da sociedade. E na história da humanidade os jogos, os brinquedos e as brincadeiras continuamente eram usados” (GIMENEZ; TEIXEIRA, 2011, p. 75).

Na idade média os brinquedos eram empregados para uso coletivo e tinha como principal objetivo desenvolver os laços sociais e transmitir costumes que as crianças deveriam aprender. O brinquedo sempre foi uma ferramenta que tem a importância de transformar a realidade interna e externa da criança.

De acordo com Friedmann, a brincadeira “é o ato ou efeito de brincar.

Etimologicamente, "Brincando + eria": significa divertimento, passatempo, distração” (2006, p.42)

Buscando o contexto histórico da brinquedoteca, a proposta para a criação de um espaço infantil para brincar nasceu em Los Angeles, em 1934. Quando a administração da escola constatou que as crianças estavam chegando atrasadas na escola por causa de uma loja de brinquedos que ficava no caminho, cujo dono queixou sobre alguns extravios feitos pelos alunos. “Dessa forma, começou um trabalho comunitário, o empréstimo de brinquedos para os que as crianças pudessem levar para casa” (GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

Ao tornar público o empréstimo de brinquedos, surgiu na Suécia, em 1963, duas professoras e mães de crianças com necessidades especiais inauguraram a Lekotek, ludoteca, em sueco. Nesse ambiente os especialistas relacionavam-se com as crianças e orientavam os responsáveis sobre a importância de estimular seus filhos a brincarem em casa. Se uma criança não tivesse condições de ir até a Lekotek, um responsável ia até a sua casa levando os brinquedos de acordo com suas necessidades (FRIEDMANN, 2006; GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

No ano de 1967, criaram as *Toy Libraries*, bibliotecas de brinquedos internacionais. No começo de 1971, na cidade de São Paulo, foi implantado o Centro de Habilitação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAIE) e aconteceu uma exposição de brinquedos pedagógicos, com a finalidade de informar os interessados sobre o

que havia disponível no mercado para os estudantes e profissionais. Esse acervo transformou-se em um setor de recursos pedagógicos da APAE em 1973 (FRIEDMANN, 2006; GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

Em meados de 1974, aconteceu no Pavilhão do Anhembi, na cidade de São Paulo, o Congresso Internacional de Pediatria. Nesta ocasião, médicos pediatras suecos mostraram uma pesquisa sobre o brinquedo na recuperação de crianças hospitalizadas e na preservação da saúde mental. Porém, foi no ano de 1978, na cidade de Londres, que aconteceu o primeiro congresso internacional sobre o tema. Evento promovido pela International Toy Libraries Association (ITLA), e a cada três anos ocorre em um país diferente. (FRIEDMANN, 2006; GIMENES; TEIXEIRA, 2011).

As primeiras brinquedotecas brasileiras surgiram na década de 1980, destacando-se a Brinquedoteca de Indianópolis, com a coordenação de Cunha, em 1981. No mesmo ano foi criada por Cunha a Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBri). No final de 1981 foi criada a Brinquedoteca Meimei, para crianças com baixas condições financeiras, coordenada por Gimenes. A pedagoga Nylse Cunha, inaugurou a primeira brinquedoteca:

De acordo com Cunha:

Descobrimos muitas coisas, aprendemos muito sobre crianças e sobre o que elas sofrem. A cada dia havia um caso novo para partilhar. Embora soubéssemos que muitas coisas estariam envolvidas no dia a dia da brinquedoteca, éramos

surpreendidas por novos fatos e por novas possibilidades que surgiam para alimentar o nosso encantamento. O empréstimo de brinquedos para as crianças levarem para casa foi um sucesso: os brinquedos voltavam direitinho, pois as crianças queriam trocá-los por outros. Alguns pais começaram a estranhar o fato de terem que ajudar a tomar conta dos brinquedos, pois as crianças não queriam perder o direito ao empréstimo. Isso foi bom, pais aprenderam mais sobre seus filhos e a família ficou enriquecida com a facilidade das interações que os jogos proporcionavam. (2001, p.172)

Entre as principais finalidades das brinquedotecas, destacam-se: atender as necessidades lúdicas e afetivas das crianças. Cada criança possui sua especificidade, está inserida em um contexto sócio-histórico específico. No ambiente escolar, as brinquedotecas tem o objeto de complementar o ambiente de brinquedos e jogos necessários às atividades educacionais, incentivando a interação das crianças, educadores e sociedade. Frequentemente localizam-se em escolas de educação infantil e séries iniciais.

As brinquedotecas de comunidades atendem a um público ou uma comunidade e geralmente são mantidas pelo serviço público ou associações. Para as crianças que residem em locais afastados existem as bibliotecas circulantes, ônibus, caminhonetes levam brinquedos para as crianças que moram nas periferias possam aproveitar por um pequeno período dos brinquedos e jogos.

Na cidade de São Paulo, no ano de 1983 a ABBri ministrou o seu primeiro curso, onde colaboraram Nylse Cunha, Marilena Flores,

Leni Magalhães entre outros. Em 1984, na faculdade de educação da Universidade de São Paulo, a professora Tizuko M. Kishimoto fundou a brinquedoteca universitária para auxiliar no aprendizado dos alunos e recebendo visita de crianças.

Em julho de 1988 foi inaugurada uma das primeiras brinquedotecas públicas do Brasil em São Bernardo do Campo e começou a ser publicado o Informativo da ABBri – O Brinquedista. A ABBri tem tornado mais amplo seu atendimento pelo Brasil, com núcleos em diversos municípios. A brinquedoteca é um ambiente criado para promover o brincar. É um lugar onde se pode brincar livremente, expressando suas necessidades e potencialidades. (GIMENES; TEIXEIRA, 2011)

A BRINQUEDOTECA

A brinquedoteca passa por transformações e se adapta às necessidades das pessoas. Nos dias de hoje, funcionam em diferentes contextos, não somente em um local específico, pode ser encontrado em: creches, escolas, hotéis, shoppings, hospitais, supermercados, etc.

A diferença entre eles não está na localidade, mas sim nos objetivos estabelecidos, é um espaço que possibilita uma forma real de alcançar o direito de escolha, permitindo o brincar. (RESENDE; FONSECA, 2009).

A concepção da infância mudou ao longo do tempo e essas mudanças têm levado muitos pesquisadores a olharem para

"o brincar" como uma parte fundamental do desenvolvimento global da criança.

De acordo com Cunha:

A brinquedoteca é um ambiente criado para promover brincadeiras. Também um lugar onde as crianças vão brincar livremente, com todos os estímulos e manifestações das potencialidades e necessidades lúdicas. A autora também afirma que “[...] a brinquedoteca pode existir até sem brincar, desde que outros estímulos às atividades lúdicas sejam proporcionados. (2001, p. 15).

Os benefícios da brincadeira, da brinquedoteca na vida da criança são gigantescos, Cunha ressalta que:

A brinquedoteca serve para fazer as crianças felizes, este é o objetivo mais importante, entretanto tem como objetivos: favorecer o equilíbrio emocional; dar oportunidade à expansão de potencialidades; desenvolver a inteligência, a criatividade e a sociabilidade; proporcionar acesso a um número maior de brinquedos, de experiências e de descobertas; dar oportunidade para que a criança aprenda a jogar, participar; enriquecer o relacionamento entre as crianças e suas famílias; valorizar os sentimentos afetivos e cultivar a sensibilidade. (CUNHA, 2001, p. 16).

As brinquedotecas são caracterizadas como locais de lazer, imaginação e divertimento que traduzem claramente como um ato de liberdade onde a criança pode obter satisfação pessoal através de brincadeiras.

“É um importante recurso para conhecer a criança, sua família e suas

relações. Uma de suas funções é o estreitamento das relações com a família” (KISHIMOTO, 2011, p. 58).

A BRINQUEDOTECA HOSPITALAR

Gimenes e Teixeira (2011) relatam que quando uma criança fica internada em um hospital é normal que ela apresente insegurança e medo. Longe de seus familiares, da escola, das brincadeiras, dos amigos e ainda acometida por sua doença. Pode ter o sentimento de abandono, rejeição, apresentar mostras de carência afetiva e medo da morte. Em algumas situações pode até apresentar complicações psicossociais.

A brinquedoteca hospitalar é uma ferramenta para atender as necessidades das crianças, ajudando a conservar sua saúde emocional e preparando a criança para ocorrências que irá viver. Deve ser um lugar atraente, decorado, os brinquedos devem ser adequados para auxiliar na higienização. As brincadeiras devem ser propícias as condições da criança e ao ambiente hospitalar.

Os brinquedos devem ser apresentados de forma a despertar o interesse, disposição e bem-estar promovido pela pessoa responsável, pois dar atenção é muito mais que um dever, é um ato de amor. Devem ser selecionados para que proporcionem sentimentos de competência e autoestima, ou seja, um resultado gratificante. É importante que esses objetos não requeiram movimentação exageradas dos pacientes, que não sejam excitantes, não faça muito barulho, não sejam muito pesados nem muito grandes.

(GIMENES; TEIXEIRA, 2011, p. 200).

Os brinquedos das crianças com menos de dois anos não devem ser usados por crianças mais velhas. Para auxiliar na higienização, os brinquedos necessitam ser arredondados, sem peças pequenas e que possam ser engolidas. Depois de um brinquedo ser usado, necessita ser colocado em um recipiente separado para higienização que deverá ser feita com álcool 70°.

É importante que na brinquedoteca hospitalar existam brinquedos como: avental, seringa, estetoscópio, bonecas e alimentos de plástico. Esses brinquedos colaboram no tratamento das crianças hospitalizadas.

Quando uma criança é hospitalizada ocorre uma interrupção na sua rotina, deixando-a insegura por não ter por perto parentes, amigos, brinquedos e tudo mais que lhe é familiar. A criança internada continua sendo criança e com o propósito de garantir seu equilíbrio, o brincar é fundamental para à saúde física, emocional e intelectual.

Na brinquedoteca hospitalar a criança brinca livremente, aprende a compartilhar brinquedos, histórias, emoções, alegrias e tristezas. Proporciona um maior relacionamento entre filhos e familiares.

De acordo com Cunha:

A Brinquedoteca deve ser um ambiente de magia. Lugar de divertir-se, criar, descobrir, aprender e compartilhar experiências. É um espaço criado para favorecer a brincadeira. É um espaço onde as crianças (e os adultos) brincam livremente, com todo o estímulo à manifestação de suas

potencialidades e necessidades lúdicas. (2007, p.13).

A criança aparece como ator principal nos cuidados da brinquedoteca hospitalar. As atividades lúdicas suavizam as consequências emocionais da internação auxiliando a recuperação de saúde em circunstâncias adversas. Dentre os principais objetivos, destacam-se disponibilizar para as crianças e seus responsáveis períodos de alegria, contribuir para a integração entre as crianças, responsáveis e a equipe hospitalar. Incentivar a expressão das emoções, proporcionar uma melhor aceitação aos cuidados médicos.

Quando a criança está no ambiente da brinquedoteca pode exercer sua vontade, escolhendo o brinquedo que irá usar. Se uma criança não tem possibilidade de poder ir até a brinquedoteca, é possível escolher o brinquedo que deseja brincar e o brinquedista disponibilizará para a criança. Nesse ambiente de aceitação as crianças tem a oportunidade de participar de atividades livres, criar e praticar sua vontade, escolhendo com o que deseja brincar.

Segundo Paula:

As brinquedotecas hospitalares ajudam as crianças a "voarem em jaulas", uma vez que as limitações impostas por algumas paredes e até mesmo por regras, não impedem que elas sejam livres para "voarem" em atitudes e pensamento. Muitas crianças são capazes de sonhar, fantasiar e reinventar esses ambientes, mesmo diante das dificuldades. (2005, p. 323)

Existem as Brinquedotecas Móveis, desenvolvida junto à pacientes internados que faz uso do lúdico como recurso de adaptação à hospitalização. Depois de uma triagem os pacientes selecionam brinquedos que são levados em um carrinho por um Brinquedista que propõe brincadeiras entre os pacientes e seus acompanhantes.

A utilização de uma brinquedoteca hospitalar exigem alguns cuidados, podemos destacar: brinquedos de acordo com o ambiente hospitalar e de fácil higienização. Os brinquedistas devem utilizar um avental específico e limpo, cabelos presos e unhas curtas evitando a transmissão de doenças e o acúmulo de impurezas. É indispensável à higienização das mãos antes e depois das atividades evitando contaminação das crianças e do próprio brinquedista.

O espaço determinado a brinquedoteca hospitalar deve ser considerado cuidadosamente, visto que os brinquedos e as brincadeiras não servirão apenas como um momento de distração, mas exercerão uma função importante na recuperação física, psicológica e emocional da criança internada.

Com o surgimento de brinquedotecas houve a necessidade de qualificar profissionais a fim de trabalhar em um lugar que proporcione atividades prazerosas. Esse profissional é conhecido como brinquedista. Deve possuir cursos de formação capaz de qualificar seu trabalho para desenvolver atividades na brinquedoteca, através de jogos e atividades. É o profissional que trabalha com a criança, faz a mediação criança da com o brinquedo e o brincar. Espera-se que o

brinquedista tenha em sua formação sólidos conhecimentos, dentre eles destacam-se: psicológica, pedagógica, sociológica, literária, artística; por fim, elementos que lhe proporcionem um olhar desse universo, um conhecimento sobre criança, brinquedo, jogo, brincadeira, escola e sociedade.

No curso de formação de brinquedistas alguns temas são fundamentais, tais como o “desenvolvimento infantil, as diversas teorias sobre o brincar, o jogo, brincadeiras, jogos tradicionais, seleção e exploração de brinquedos, noções básicas de funcionamento e organização de brinquedotecas” (CUNHA, 2007, p. 75).

O brinquedista é quem direcionará as atividades na brinquedoteca, apresentando os brinquedos às crianças, incentivando as brincadeiras, mas respeitando sempre os limites e as vontades de cada uma. Este profissional deve ser calmo e delicado, pois é a pessoa que ajudará a criança a compreender a situação que está vivenciando, diminuindo sua insegurança (CUNHA; VIEGAS, 2003).

A ESCOLHA DOS BRINQUEDOS

Comumente os brinquedos exibem em sua embalagem a recomendação da faixa etária e as aplicações que eles podem proporcionar. Regularmente são escolhidos pelos pais e professores de acordo com os interesses e as necessidades das crianças.

É fundamental o responsável estar ciente que a escolha dos brinquedos não deve ser feita apenas no critério “faixa etária”.

Cunha (2001, p.36) relata que “cada criança tem seu ritmo próprio de desenvolvimento”.

Analisando o brincar, Piaget (Apud KISHIMOTO, 2002), notou o jogo como um aspecto determinante para seu desenvolvimento. Pesquisou em todo o desenvolvimento infantil a presença de três tipos de jogos de acordo com cada fase em que a criança se encontra, são estes jogos: de exercícios, simbólicos e regras. Deve-se lembrar de que, “embora os estágios de desenvolvimento, pelos quais as crianças passam sejam semelhantes, a época e a forma como eles se processam varia bastante” (CUNHA, 2003, p. 37).

Segundo Piaget (apud CUNHA, 2003, p. 51) categoriza o desenvolvimento infantil em períodos, determinados por faixa etária, de maneira possível em perceber o desenvolvimento do brincar de acordo com os interesses de cada idade.

O período sensório-motor é definido de zero a dois anos:

Esta fase é caracterizada por comportamentos involuntários da criança. No primeiro mês de vida mostra somente reflexo. No transcorrer de seu desenvolvimento ela adquire informações através dos sentidos. No período dos seis aos doze meses de vida da criança, é comum os jogos de exercício em que utiliza repetições em suas ações, como levantar e abaixar as pernas e os braços, dirigir objetos a boca, entre outros. Para compreender a carência da criança neste período, é necessário que sejam deixados ao seu alcance, brinquedos que estimulem o seu desenvolvimento. O brincar nesta etapa, volta-se para o encaixe, o manusear, explorar,

manusear e o descobrir. Destaca-se que, os brinquedos ocupem todo o seu ambiente: efeitos visuais, espaços, cores, objetos, sons e pessoas.

No período dos doze aos dezoito meses: "A criança observa o resultado de conduta no ambiente a sua volta. Os brinquedos devem ser pedagógicos, ou seja, aqueles que estimulam a manipulação, como encaixar argolas, empilhar tampinhas, apertar botões, que fazem saltar peças ou abrir portinhas. (CUNHA, 2001, p.40)

Vygotsky (1991) acredita que o desenvolvimento e as funções psicológicas são concebidas no dia-a-dia e que o brincar causa preocupação dos educadores, por esse motivo, com o passar dos anos, os jogos e brincadeiras empregam cada vez mais lugar de destaque.

Segundo as considerações citadas, uma pode brinquedoteca auxiliar no tratamento da criança enferma e proporcionando aprendizado e desenvolvimento.

OS BRINQUEDOS E A HIGIENIZAÇÃO

Os estudiosos do assunto relatam que existe a necessidade do profissional qualificado em cada brinquedoteca hospitalar. É necessário cursos e capacitações para se trabalhar nesta área e realizar um trabalho criativo.

A brinquedoteca hospitalar não existe somente para distrair a criança de sua doença e hospitalização, mas para prepará-la para as novas situações, inclusive para a volta ao seu lar e é nesta certeza que se alicerça a relevância de que

existam espaços como estes nos hospitais contando com a presença de profissionais qualificados, os brinquedistas. (SILVA, 2006, p.47).

De acordo com Negrine, o profissional desta área chama-se brinquedista. "Aquele que deve ser preparado, não apenas para atuar como animador, mas também como observador e investigador da demanda dos usuários no âmbito das brinquedotecas" (1997, p. 87).

É imprescindível que o brinquedista seja preparado para atuar com crianças especiais, de diversas idades e classes sociais.

Segundo Negrine (197, p.87) o brinquedista "deve ter a formação-teórica, pedagógica e pessoal. Essas colunas mostram a necessidade para o trabalho em conjunto do pensamento e do corpo".

De acordo com Kailer e Mizunuma (2009), não terá o resultado esperado a brinquedoteca que estiver equipada com brinquedos variados e jogos educativos se o brinquedista não explorar ou estimular a criança. É o brinquedista que propiciará momentos de lazer e criará condições necessárias para um brincar voltado para a recuperação.

De acordo com Viegas (2007, p. 168):

A formação do brinquedista e seu reconhecimento pela Associação Brasileira de Brinquedotecas (ABBri) são muito importantes, pela qualificação – não basta ter sensibilidade, é necessário ter o conhecimento do que está realizando e ter sensibilidade para realiza-lo.

Não é suficiente o brinquedista apresentar os brinquedos, mostrar como eles funcionam e quais são as regras. Ele necessita ser uma pessoa motivadora e acolhedora.

Existem brinquedistas que usam estetoscópio, máscaras, seringas, luvas, ataduras e jalecos como brinquedos imaginários. Estes brinquedos estimulam a criança a se relacionar com os profissionais, o ambiente, os procedimentos invasivos.

[...] com frequência, para aceitar, compreender e ultrapassar o problema vivido pela internação, a criança brinca de “ser médico”. Os “doentes” são suas bonecas, os ursos, os companheiros de quarto. Com roupas, máscaras, estetoscópios, aparelhos de medir pressão, seringas e bandagens, a criança brinca e representa sua própria condição de criança hospitalizada. Por meio de tais brincadeiras e encontra mecanismos para enfrentar seus medos e angustias. Estimular tais brincadeiras é auxiliá-la na sua recuperação (KISHIMOTO in FRIEDMANN, 1998, p.59).

É preciso fazer da brinquedoteca um local encantado em que as crianças se sintam tranquilas e esqueçam suas dores e medos.

A escolha dos brinquedos a serem usados em brinquedotecas hospitalares deve ser criteriosa: o risco de transmissão cruzada, o material do brinquedo e a sua possibilidade de limpeza e desinfecção. Os materiais indicados para uso em instituições hospitalares são os que permitem a desinfecção entre os usos, ou seja, de plástico, rígidos e não porosos. (GESSNER; GRUCHOUSKE, 2011, p. 185).

Para Dietz e Barros (2008, p. 185), normalmente os brinquedos dentro das instituições hospitalares, comuns em brinquedotecas, são de uso compartilhado, oferecendo, para as crianças que os manuseiam, risco de infecção.

A infecção hospitalar é o agravo de causa infecciosa adquirido pelo paciente após a admissão no hospital, que pode manifestar-se durante a internação ou após a alta, desde que relacionada à internação. Representa um problema importante das internações e para a qualidade da assistência em saúde, visto que sua incidência na pediatria aumenta gradativamente, devido: ao crescente número de procedimentos invasivos; aumento do período de internação; e, pelo uso indiscriminado de antibioticoterapia, situações essas que podem gerar o surgimento de germes resistentes. (DIETZ; BARROS, 2008, p. 188).

É importante que na hora de usar um brinquedo, revista, livrou ou outro objeto, os especialistas fiquem atentos. Deverão passar por ações que reduzam o potencial de tornarem-se um veículo de transmissão de infecções. Assim, exige-se que sejam manuseados com as mãos higienizadas e suas capas deverão ser encapadas com material plástico, para auxiliar na desinfecção, com Peresal 0,5%. (SVIDZINKI, 2007).

Os internados que estão com infecções contagiosas ou aqueles que devem ficar em repouso, devem ter um transporte para levar o brinquedo até eles. Mas sempre frisando que após o uso é necessária uma higienização.

Na Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde recomenda o brinquedista e paciente:

Procurar e receber a orientação da equipe do Serviço de Controle de Infecção da unidade. O brinquedista e o paciente devem sempre lavar as mãos ao entrar e sair da brinquedoteca ou de algum outro ambiente da unidade, para evitar qualquer possibilidade de transmissão de doenças ou infecção tanto para o brinquedista quanto para o paciente. (BRASIL, 2002).

Na higienização dos brinquedos é necessário estabelecer um roteiro de higienização e armazenamento. O ambiente destinado a brinquedoteca deverá ser higienizado após cada utilização.

A higienização frequente das mobílias da brinquedoteca deve ser feitas com produtos oportunos à desinfecção, são medidas profiláticas para garantir um lugar confiável e seguro.

O DIREITO DE BRINCAR

Brincar é uma realidade cotidiana na vida das crianças. Para que elas brinquem espontaneamente é necessário que não sejam impedidas de exercitarem a imaginação. Essa função tão importante lhes permite relacionar os interesses e suas necessidades com a realidade de um mundo que poucos conhecem. Também é uma maneira de interagir com o universo dos adultos.

Os direitos da criança, referentes ao brincar, ao uso do lazer e do esporte, têm

sido enunciados a partir da Declaração Universal dos Direitos da Criança, aprovada em 1959. No qual se afirma que a criança terá ampla oportunidade para brincar, se divertir e que a sociedade, as autoridades públicas se empenharão em promover o gozo deste direito. Esta Declaração foi ratificada no Brasil por meio do art. 84 da Constituição e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/1990), o brincar é legitimado como um direito da criança ao ser incluído no artigo 16 que dispõe sobre o direito à liberdade. (PICCOLO; TEIXEIRA, 2011).

A partir de 2005 quando a lei nº11.104/2005 de autoria da Deputada Luiza Erundina (PSB-SP) sobre a implantação das brinquedotecas nos hospitais foi aprovada e sancionada. Essa lei propôs a obrigatoriedade da implantação de brinquedotecas em hospitais que possuem atendimento pediátrico e que disponibilizem espaços destinados ao brincar nessas instituições. Esse processo demonstra o reconhecimento da importância das brinquedotecas, tanto para a saúde, como para a educação. Sua inobservância se configura em infração à legislação sanitária federal, cujas penalidades estão previstas no inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437/77.

Segundo o Art. 3 da Portaria 2.262/05 estabelece que a brinquedoteca seja “o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças, seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e/ou fortalecimento das relações de vínculo, afeto entre as crianças e seu meio social”.

A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005 dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 1º Os hospitais que ofereçam atendimento pediátrico contarão, obrigatoriamente, com brinquedotecas nas suas dependências.

Parágrafo único. O disposto no caput deste artigo aplica-se a qualquer unidade de saúde que ofereça atendimento pediátrico em regime de internação.

Art. 2º Considera-se brinquedoteca, para os efeitos desta Lei, o espaço provido de brinquedos, jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar.

Art. 3º A inobservância do disposto no art. 1º desta Lei configura infração à legislação sanitária federal, sujeita seus infratores às penalidades previstas no inciso II do art. 10 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. obs.dji.grau.1: Art. 10, II, Infrações e Penalidades – Infrações à Legislação Sanitária Federal e as Sanções Respectivas – L-006.437-1977

Art. 4º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação (BRASIL, 2005).

CONSIDERAÇÕES

Essa pesquisa tentou mostrar que o brincar dentro de um hospital torna-se um recurso importante no tratamento e recuperação de uma criança enferma. As atividades lúdicas podem auxiliar atuando como um instrumento facilitador no tratamento da criança.

A brinquedoteca é um espaço importante para o desenvolvimento da criança e é um recurso que é utilizado no mundo

inteiro. O hospital também é um espaço para à recreação e vivência de crianças e adolescentes enfermos que tem direito ao cuidado com a saúde e recreação.

O brincar no hospital visa também a cuidar da saúde mental da criança, devido à criança enfrentar situação traumática, ocasionalmente terá que se separar da família e viver com desconhecidos.

Brincar faz parte da natureza do ser humano e tem sido cada vez mais reconhecido no desenvolvimento da criança. Incontáveis brincadeiras e atividades podem ser usadas com função terapêutica, pode-se destacar a brincadeiras com objetos médicos, que geralmente são temidos pelas crianças e tornam-se brinquedos. A criança pode brincar de médico e expressar seus sentimentos.

Não se pode estabelecer um padrão para uma brinquedoteca hospitalar, pois cada uma delas tem um tipo de atendimento conforme a necessidades de seu público. Assim, as intervenções lúdicas podem ocorrer de formas diferentes dependendo do tipo de tratamento clínico oferecido à criança.

A participação da família é fundamental, pois auxiliará no bem estar da criança. Também é necessário um profissional especialista na brinquedoteca para mediar o atendimento da criança.

Os trabalhos realizados mostram que o brincar auxilia a vivência da criança enferma, ajudando na recuperação e na qualidade de vida no período de hospitalização, oferecendo mais

oportunidades de recuperação e beneficiando a equipe média e familiar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BRINQUEDOTECAS. Disponível em: <<http://www.brinquedoteca.net.br>>. Acesso em 06/03/2016.

AZEVEDO, Antonia Cristina Peluso. **Brinquedoteca no diagnóstico e intervenção em dificuldades escolares**. 3 ed. Campinas – SP: Ed. Alínea, 2010.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei Federal nº 8.069, 1990.

CUNHA, N. H. S. Brinquedista Hospitalar. In D. Viegas (Org.). **Brinquedoteca**. Cidade: São Paulo. Editora Cortez, 2007.

CUNHA, N. H. S. O significado da brinquedoteca hospitalar. In D. Viegas (Org.) **Brinquedoteca Hospitalar: Isto é Humanização**. Rio de Janeiro: WAK, 2003.

CUNHA, Nylse Helena Silva. **Brinquedoteca: Um Mergulho no Brincar**. 4 ed. São Paulo: Vetor, 2010.

FRIEDMANN, A. **O Brincar no Cotidiano da Criança**. São Paulo: Moderna, 2006.

GIMENES, Beatriz Piccolo; TEIXEIRA, Sirlândia Reis de Oliveira. **Brinquedoteca: manual em educação e saúde**. São Paulo: Cortez, 2011.

KISHIMOTO, T. M. A brinquedoteca no contexto educativo brasileiro e internacional. In: OLIVEIRA, V. B. *et al.* **Brinquedoteca: uma visão internacional**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

NEGRINE, A. Brinquedoteca: teoria e prática. In: Santos, S. M. P. dos. **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, Vera Barros. O lúdico na realidade hospitalar. In: **PAULA, E.M.A.T, et al. O brincar no hospital: ousadia, cuidados e alegria**. In: MATOS, E.L.M. **Escolarização Hospitalar:**

Educação e Saúde de mãos dadas para humanizar (org.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

PAULA, Ercilia Maria Angeli Teixeira. **Educação, diversidade e esperança: a práxis pedagógica no contexto da escola hospitalar**. 2005, 330 folhas. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

Planalto. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm> Acesso em 06/04/2016.

PIAJET, Jean. **Seis Estudos de Psicologia**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária Ltda, 1976.

RAMALHO, M. T. de B. **A brinquedoteca e o desenvolvimento infantil**. 2000. 140f. **Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)** - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SANTOS, Santa Mari Pires dos. **Brinquedoteca: O lúdico em diferentes contextos**. p. 125. 13 ed. Petrópolis – RJ: Ed. Vozes, 2009.

SILVA, S.M.M. Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In E. Bomtempo, E. G. Antunha; V. B.Oliveira (Orgs.) **Brincando na escola, no hospital, na rua**. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2006.

SOLÉ, M. de B. **O jogo infantil: organização das ludotecas**. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 1992.

SVIDZINKI, A.E. Eficiência do ácido peracético no controle de staphylococcus aureus metilicina resistente. **Cienc Cuid Saúde**, v. 06, n. 3, p. 312-318, 2007.

VYGOTSKY, L.S. **A Formação Social da Mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

PERFIL SOCIAL DO PÚBLICO VEGANO/VEGETARIANO NO RESTAURANTE VEGAN POINT LOCALIZADO NO TATUAPÉ NA CIDADE DE SÃO PAULO

Andressa Braga do Nascimento¹, Beatriz Aparecida Cesário Torres¹, Bruna Danielly Santos Silva¹, Juliana Siqueira Moura¹, Julya Machado Nunes¹, Kathelin Rodrigues de Oliveira¹, Sabrina Kelly Da Silva Diniz¹, Samuel Vitor Tanoeiro¹, Sebastião Da Costa Serafim¹, Eliane Cristina dos Santos² e Glauca Moreira de Oliveira Games³.

¹ Discentes do Curso Técnico de Nutrição e Dietética da ETEC de Guaianazes.

² Eliane Cristina dos Santos: Nutricionista, Pedagoga, Licenciada na área de Saúde, Pós-graduada em Empreendedorismo e Práticas Gastronômicas, Gastronomia Funcional e Educação para o Ensino Superior, Docente da ETEC Guaianazes e Universidade Anhanguera Educacional, Coordenadora e Docente dos Cursos Técnicos em Nutrição e Dietética e Pós-graduação EAD-Nutrição e Alimentos Funcionais – Centro de Ensino Técnico Método/FAMESP.

³ Glauca Moreira de Oliveira Games: Nutricionista, Pedagoga, Licenciada na área da Saúde, Especialista em Educação para o Ensino Superior, Docente da ETEC Guaianazes e São Mateus com Experiência na Área Hospitalar, Gestão e Consultora no Ramo de Alimentação e Padarias.

RESUMO

O presente trabalho aborda questões referentes ao perfil social do público vegetariano/vegano, que possui uma alimentação restrita de produtos de origem animal. Para levantamento desse perfil foram aplicados questionários com 30 clientes do restaurante Vegan Point na cidade de São Paulo, no bairro Tatuapé, em que foram abordadas perguntas relacionadas a idade, sexo, tipo de regime alimentar adotado, critério de escolha do estilo de vida, escolaridade, entre outros, sendo uma pesquisa exploratória, os resultados obtidos foram: 53% do público é feminino e 47% é masculino, sendo notável a prevalência de mulheres como mostrado em estudos anteriores. Dentro das categorias de vegetarianismo 50% são veganos, um estilo mais restrito por não utilizarem produtos de origem animal, desde a alimentação até o consumo de remédios. Quando questionados sobre o motivo de frequentarem o restaurante 64% buscavam por inovação em sua alimentação, número que foi semelhante ao motivo pelo qual optaram por esse estilo de vida, onde 83% tornaram-se veganos para irem contra o sofrimento dos animais. A cada dia mais, cresce no Brasil e no mundo o número de pessoas que estão optando por mudar a maneira como vivem, mudando desde seus hábitos alimentares até produtos que consomem, e os empresários não ignoram este aumento, haja visto que surgem todos os dias novos empreendimentos e produtos voltados para este público no mercado, por isso o trabalho em questão expõe o perfil social que é esperado deste público, para servir de apoio para futuros criadores de produtos e empreendimentos vegetarianos/veganos.

Palavras-chave: Gastronomia. Veganismo. Vegetarianismo. Perfil social. Estilo de vida.

INTRODUÇÃO

Braune e Franco (2017) definem a gastronomia como uma arte ou ciência que exige conhecimento e técnica de quem a executa e formação do paladar de quem a aprecia. Na gastronomia vegana é fundamental que os indivíduos veganos tenham o conhecimento e habilidade para

preparar sua própria refeição (ALMEIDA, 2014), pois o estilo de vida desse público se refere a uma proposta de conduta ética que prega a libertação dos animais por meio da abolição de todas as formas de exploração que lhes são impostas pelos seres humanos (BRÜGGER, 2009).

Ao abrir um empreendimento, como um restaurante que segundo Ferreira (2016),

antigamente não fazia referência a um lugar, mas como algo para comer em caldo e atualmente possui um significado mais abrangente, sendo restaurante desde bares até locais mais sofisticados, faz-se necessário conhecer o público-alvo, porém algo voltado para o público vegano é difícil de encontrar, justamente devido à falta de conhecimento sobre esse grupo, portanto o objeto de estudo do trabalho são os veganos/vegetarianos, a fim de facilitar a abertura de novos negócios.

O objetivo é conhecer o perfil social do público vegano, entendendo o motivo da escolha do estilo de vida, conhecendo as preparações mais consumidas e os principais motivos para a escolha de um restaurante.

O método utilizado foi a aplicação de um questionário cujos frequentadores de um restaurante vegano chamado Vegan Point responderam para que houvesse o entendimento do perfil social do público.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Desde as primeiras civilizações estamos relacionados intimamente com a procura de alimentos, com rituais e com costumes de cultivo e preparo dos mesmos e também com o prazer de comer, ou seja, com a gastronomia. E é impossível dizer quando o alimento sendo uma necessidade vital de sobrevivência passou a significar também o prazer. (CASTRO, 2016)

A gastronomia tem um papel muito além de comer, e passa ser mais um atrativo compondo expectativas tanto pra quem prepara como para quem degusta. Essa relação tem como envolvimento o sentimento

que desperta e aguça sensações prazerosas ou frustrações. É importante ressaltar para se entender melhor o tema gastronomia, não a estereotipar como sinônimo de requinte. Pois assim pode-se correr o risco de desconsiderar culturas, tradições e costumes pois ela representa um fator de diferenciação entre grupos sociais. "Os alimentos podem dividir a sociedade em classes, pois, o que cada um come pode ser representativo do grupo social que ele vive." (MAGALHÃES, 2015)

Um exemplo dessa divisão social, é o público vegetariano, que seguem um estilo de vida onde é excluído das suas refeições todos os tipos de carne animal: Mamíferos, aves, peixes e frutos do mar. Porém não significa que se alimenta somente de vegetais. O termo vegetarianismo vem do latim *vegetus*, que significa forte, vigoroso, saudável e não em uma alimentação restrita em vegetais. (NUNES, 2010)

Desde o início do século XX, os vegetarianos discutiam sobre ser certo o consumo de produtos derivados da vida animal. Em 1994, na Inglaterra, o carpinteiro Donald Watson se reúne com outros vegetarianos que pensava igual a ele, que além de não consumir carne, não se alimentava de ovos, mel, leite e derivado, e criam um nome para distingui-los dos demais vegetarianos "vegan", esse nome foi um derivado da palavra *vegetarian*. Surge, então, nesse mesmo ano, a primeira associação vegana, a inglesa *Vegan Society* (Sociedade Vegana). (PINTO, 2008). O veganismo é o que norteia os veganos que são indivíduos que se posicionam contra todo e qualquer modo de exploração animal, isso inclui as

formas de trabalho forçado, o consumo desses como alimento e também como parte de produtos manufaturados (Cosméticos, roupas, material de limpeza).

Este grupo também se opõe ao uso de animais em laboratórios em prol da ciência. Além de não tolerarem qualquer forma de entretenimento que faça uso da exposição e/ou maus-tratos de animais (zoológicos, circos, touradas, rodeios, etc.) (TRIGUEIRO, 2013 e ABONIZIO, 2013).

Em relação às possíveis carências nutricionais dos veganos e os nutrientes com mais riscos são: vitamina B12 (mais provável carência, pois só são encontradas em produtos de origem animal, sendo normalmente necessária a suplementação), ferro, cálcio, zinco, ácido docosa-hexaenoico, vitamina D, proteínas, vitamina A e B2 e silênio. (CAMPOS et al, 2011)

Apesar disso, os vegetarianos possuem um IMC com classificação de sobrepeso e obesidade menor se comparados aos não-vegetarianos, isso devido ao maior consumo de alimentos vegetais e fibras, possuindo muitos benefícios para a saúde. (PERUFFO, 2015)

Em relação as proteínas, que pode ser encarado como um nutriente de maior preocupação para essa dieta, Parente (2010) aponta que, a proteína na dieta dos veganos é suprida pelos alimentos vegetais, mas devido a baixa digestão dos mesmos, deve-se ter um maior consumo por eles e variando ao máximo a fonte deste nutriente.

Indivíduos veganos perceberam que é fundamental ter conhecimento e habilidade no momento de prepararem sua própria refeição,

esse público sente isso justamente pela ausência de estabelecimentos que forneçam alimentação vegana. Todavia, esse grupo se empenha em uma busca que contribua para a elaboração, transformação e variação de suas próprias refeições. (ALMEIDA, 2014)

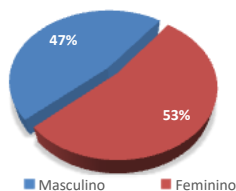
Esta carência de estabelecimentos não se dá somente pela indiferença dos empreendedores, mas também pelo fato de que para obter sucesso na área da gastronomia vegana é necessário ter competência para criar uma culinária inovadora que esteja acompanhada de 7 (sete) categorias, sendo elas: cultura, estética, tecnologia, produto, serviço, gestão e o mais importante criatividade. Essas categorias englobam desde a compreensão das características psicológicas da preferência do cliente até a atmosfera do serviço. (FRANÇA, 2011)

DESENVOLVIMENTO

Os resultados foram tabelados, descritos, analisados, comparados e representados por meio de quadros e gráficos, tudo isso mediante o questionário aplicado e respondido pelo público vegano.

Com base na análise dos resultados, o perfil social do público vegano do restaurante Vegan Point são mulheres correspondendo a 53%, e nos resultados de Quintaes e Farfan (2006) o sexo feminino possui maior porcentagem também, sendo 71,4%. Ou seja, notou-se prevalência do público feminino. Como observa-se no gráfico a seguir.

GRÁFICO 01 – SEXO DOS ENTREVISTADOS

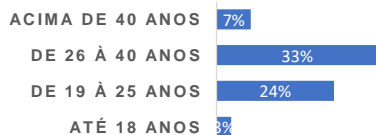


1º GRAU COMPLETO
 2º GRAU COMPLETO
 CURSANDO SUPERIOR SUPERIOR

Vegan Point (2018)

O sexo feminino é predominante neste público e a idade varia entre 26 e 40 anos, equivalente à 33%. Quintaes e Farfan (2006) é retomado aqui para comparação de dados referente à idade, percebeu-se que em sua pesquisa o público atingido foi de 16 à 17 anos. Observa-se no gráfico abaixo.

GRÁFICO 02 – IDADE DOS ENTREVISTADOS



Vegan Point (2018)

A escolaridade desse público é ensino superior completo correspondente à 50%, e 31% cursando o superior. Semelhante ao estudo de Nunes (2010) que o maior público é o de nível superior completo, sendo 42%.

GRÁFICO 03 – NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS ENTREVISTADOS

Vegan Point (2018)

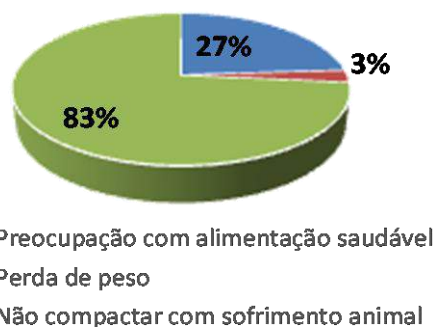
De acordo com a tabulação realizada por meio dos questionários identificamos o principal motivo ao adepto do estilo de vida desse grupo, que é não compactuar como sofrimento animal, que segundo Trigueiro e Abonizio (2013), os veganos posicionam-se contra todo e qualquer modo de exploração animal, isso inclui as formas de trabalho forçado, o consumo desses como alimento e também como parte de produtos manufaturados (cosméticos, roupas, material de limpeza).

Este grupo também opõe-se ao uso de animais em laboratórios em prol da ciência. Além de não tolerarem qualquer forma de entretenimento que faça uso da exposição e/ou maus-tratos de animais (zoológicos, circos,

touradas, rodeios, etc.)

Observa-se no gráfico a seguir a tabulação.

GRÁFICO 04 – MOTIVO DA ESCOLHA DO ESTILO DE VIDA



Vegan Point (2018)

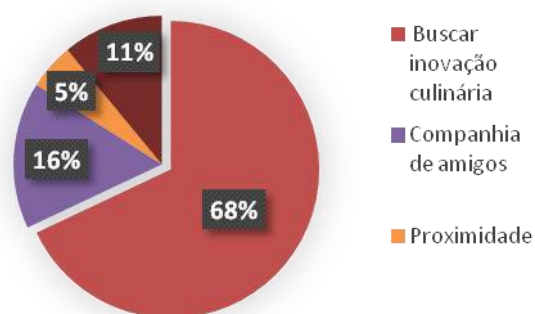
Segundo as análises dos resultados, nos gráficos a seguir verificamos as principais preparações veganas mais consumidas pelo público e o motivo pelo qual o público opta por restaurantes propriamente veganos. Após a apuração dos dados nota-se que este grupo prefere preparações variadas e inovadoras.

Em relação a escolha de preparações variadas, esta está diretamente ligada ao paladar, ao gosto pessoal, ou seja, não é possível definir um padrão do que os veganos mais consomem, contudo é explícito sua busca por inovação na culinária. Segundo Marques (2015) muitos indivíduos têm mudado não apenas sua alimentação como também seu estilo de vida, por esse fator muitos gastrônomos buscam novas ideias e técnicas gastronômicas para aprimorarem seus pratos facilitando assim a inclusão desse público em restaurantes. A gastronomia e a identidade de um determinado povo e suas ideologias estão conectadas como uma via de mão dupla que, por conseguinte torna-se um fator de expressão cultural, então conseguimos enxergar a importância da gastronomia na montagem dos pratos e seu significado.

De acordo com Campos (2008) o mercado gastronômico está se expandindo e ganhando diversidade, e cada vez mais os públicos tornam-se mais exigentes, cada um deles com suas peculiaridades, isso tem feito com que chefs gastronômicos apliquem maior atenção na variedade, qualidade e glamour dos produtos oferecidos. A responsabilidade maior ao realizar a dieta vegana é ter

consciência, saber combinar os alimentos e usar a criatividade na escolha dos alimentos e na montagem dos pratos. Contribuindo assim para uma alimentação mais atrativa e inovadora, aumentando o prazer de comer bem. No gráfico abaixo visualizamos que 68% estão nesta busca.

GRÁFICO 05 – JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DE RESTAURANTES VEGANOS



Vegan Point (2018)

GRÁFICO 06 – PREPARAÇÕES MAIS CONSUMIDAS PELO PÚBLICO VEGANO.



Vegan Point (2018)

A última análise feita diz respeito aos critérios que levam o público a escolherem determinados restaurante, o que para esse grupo é de suma importância e se faz necessário, inclusive o restaurante Vegan Point os possuem. Dentre eles, os mais

importantes foram: Higiene e Limpeza com 70%, assim como Poerner *et al*, (2009) diz: a qualidade da matéria prima, a arquitetura dos equipamentos e das instalações, as condições higiênicas do ambiente de trabalho, as técnicas de manipulação dos alimentos e a saúde dos funcionários são fatores importantes a serem considerados na produção de alimentos seguros e de qualidade. Tudo isso com o intuito de garantir a distribuição higiênico sanitária correta, satisfazendo assim seus clientes sem perigo de contaminação.

Em conformidade com Tinoco e Ribeiro (2008) a avaliação da qualidade de um serviço está relacionada com a comparação entre a expectativa do cliente e o que ele percebeu do serviço prestado, que de acordo com os resultados, o restaurante Vegan Point superou as expectativas dos clientes, sendo o quesito qualidade 67%.

Já no atendimento e cordialidade corresponde à 53%, os estabelecimentos sabem que podem competir no mercado sendo mais eficazes, distinguindo-se pelo atendimento prestado, onde a satisfação do cliente é despertada, trazendo um certo conforto e confiança com o serviço prestado. (TINOCO e RIBEIRO 2009).

E por fim o preço condiz 50%, ainda segundo Tinoco e Ribeiro (2009) definem preço como aquilo que se renúncia ou que é sacrificado na obtenção de um produto. Ou seja, fica a critério do consumidor avaliar o custo daquela preparação, se esse serviço vale à pena ou não, porém quando se sentem satisfeitos retornam para repetir a compra. O quadro abaixo mostra.

QUADRO 01 – CRITÉRIOS DE ESCOLHA DO RESTAURANTE

	Muito importante	Importante	Pouco importante
Qualidade do alimento	67%	27%	0%
Atendimento	53%	40%	0%
Ambiente	10%	53%	27%
Higiene e limpeza	70%	20%	3%
Fatores especiais	0%	17%	73%
Localização	27%	47%	13%
Horário de atendimento	33%	50%	7%
Preço justo e formas de pagamento	50%	43%	0%

Vegan Point (2018)

CONCLUSÃO

Após levantar o perfil social do público vegano, conclui-se então que o público predominante são mulheres (53%) com idade entre 26 e 40 anos (33%), com ensino superior completo (50%). O principal critério referente ao adepto do estilo de vida, citado por 83% dos entrevistados foi o de não compactuar com o sofrimento animal, envolvendo não apenas a questão do consumo alimentar, mas também em suas vestimentas, cosméticos, produtos de limpeza e diversos outros produtos que tenham sido testados em animais. Referente as preparações mais consumidas pelo público, a porcentagem maior foi de 44% correspondente as outras preparações.

Após a tabulação de dados foi estabelecido pelos veganos como os critérios essenciais na escolha do restaurante, sendo: Higiene e Limpeza 70%, Qualidade 67%, Atendimento 53% e por fim o preço 50%. Portanto as análises feitas trazem informações importantes e relevantes em relação ao perfil social deste público, facilitando assim o conhecimento para empreendedores que tenham interesse em investir no público vegano.

REFERÊNCIAS

- ABONAZIO, Juliana. Consumo alimentar e anticonsumismo: veganos e freeveganos, **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 49, n. 2, p.191-196, 2013. Acesso em: 17 mai. 2018.
- ALMEIDA, Luiza Simão. "NEM PEIXE": PRÁTICAS E RELAÇÕES SOCIAIS NA CULINÁRIA VEGANA, 2014. Disponível em http://bdm.unb.br/bitstream/10483/9542/1/2014_LuizaSimaoAlmeida.pdf. Acesso em: 28 de fev. 2018.
- BRAUNE, Renata e FRANCO, Silvia Cintra. O que é Gastronomia?. 1.ed. São Paulo: Editora brasiliense, 2017.
- BRUGGER, Paula. Nós e os outros animais: espécies, veganismo e educação ambiental. *Linhas Críticas*, Brasília, v 15, n 29, p 197-214, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4287742/mod_resource/content/2/N%C3%93S%20E%20OUTROS%20ANIMAIS_ESPECISMO%20VEGANISMO%20EDUCA%C3%87%C3%83O%20AMBIENTAL%20Paula%20Brugger.pdf
- CAMPOS et al. Enfermeiros no cuidado da saúde de vegetarianos. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 63., 2011, Centro de convenções de Maceió. Maceió. 2011. v. 64. p 1-5.
- CAMPOS, Rayza Alvez. Estudo prospectivo sobre a gastronomia e o mercado vegan de Brasília. 2008. 65 f. Monografia (Formação de Consultores em Turismo) - Universidade de Brasília. Acesso em: 17 mai. 2018.
- CASTRO, Maraísa Andrade de. Turismo gastronômico na Amazônia paraense : as perspectivas de consolidação do destino Belém – PA sob a análise da oferta . 2016. 203 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós- Graduação em Turismo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.
- FRANÇA, Íris Ferreira. Competências empreendedoras de inovação em serviços de gastronomia: um estudo multicase em restaurantes com chefs de cozinha contemporânea em Pernambuco. 2011. 103 f. Monografia (Pós-graduação em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. Disponível em https://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/1252/arquivo6621_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 mar. 2018.
- MAGALHÃES, Sebastião Inácio de. A gastronomia como atrativo turístico: O caso do brunch do santuário de vida Silvestre vegafogo – Pirenópolis/GO. 2015. 74 f. Monografia (Bacharelado) - Universidade de Brasília.
- MARQUES, Anabela da Silva. Rota gastronômica vegetariana/ vegan ibérica. 2015. 30 f. Tese (Doutorado em Patrimônio Alimentário) - Universidade de Barcelona. Disponível em http://vegstudies.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_foodethik/Marques__Anabela_2015_Relatorio_Cocinas_ROTA_GASTRONOMICA_VEGETARIANA_VEGAN_IB%C3%89RICA_-_33_pages.docx. Acesso em: 17 mai. 2018.
- Nunes, Ernesto Luiz Marques. Vegetarianismo além da dieta: ativismo vegano. 2010. 128 f. Tese (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- PARENTE, Rita. Alimentação vegetariana, 2010. 55f. Monografia – Universidade do Porto, Porto.
- PERUFFO, V. Alimentação vegana e treinamento de força: possíveis contribuições para a composição corporal e o perfil bioquímico. Tese- Universidade de Caxias do Sul. 2015.
- PINTO, Taiane Cristine Linhares. VEGANISMO E MÍDIA: Entre Representações e Apropriações. 2008. 68f. Monografia (Graduação em Comunicação Social - Jornalismo) - Universidade federal do Rio de Janeiro.
- POERNER, N., RODRIGUES, E., PALHANO, A.L e FIORENTINI, A.M. Avaliação das condições higiênicas sanitárias em serviços de alimentação. *Revista di instituto Adolfo Lutz*, São Paulo, v.68, n.3, 2009. Disponível em <

http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0073-98552009000300011&lng=pt&nrm=iso=pt. Acesso em: 17 mai. 2018.

QUINTAES, K.D e FARFAN, Maya J. Revista de Ciências Médicas. Avaliação do estado nutricional em ferro de jovens estudantes em regime de alimentação ovolactovegetariano. Campinas, v 15, nº 2, p. 110-116, 2006.

TINOCO, M. A. C. e RIBEIRO, J. L. D. Estudo qualitativo dos principais atributos que determinam a percepção de qualidade e de preço dos consumidores de restaurantes à la carte. Gestão e Produção, São Carlos, v.15, n.1, p.73-87, 2008. Acesso em: 17 mai. 2018.

TRIGUEIRO, Aline. Consumo, ética e natureza: o veganismo e as interfaces de uma política de vida, **Revista Internacional Interdisciplinar**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 237-260, 2013. Acesso em: 17 mai. 2018.

O USO DA UVA E SEUS DERIVADOS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

**Anna Scarlath¹, Daniela Valença¹, Giovanna Cuesta¹, Jonathan Ferreira¹, Júlia Suntack¹,
Juliana Lauriano¹, Josy Torrellas¹, Kathleen Rocha¹, Larissa Carvalho¹, Tauane Vieira¹,
Eliane Cristina dos Santos², Natalia Carvalho dos Silva³.**

¹ Discentes do Curso Técnico de Nutrição e Dietética da ETEC de Guaianazes

² Nutricionista; pedagoga licenciada para área de saúde; especialista em Empreendedorismo: Práticas Gastronômicas, Gastronomia Funcional, Educação para o Ensino Superior; docente da ETEC e Universidade Anhanguera Educacional; coordenadora dos cursos Técnico em Nutrição e Dietética e Pós-Graduação EAD - Nutrição e Alimentos Funcionais – Centro de Ensino Técnico Método/FAMESP.

³ Nutricionista; pós-graduada em Obesidade e Emagrecimento; docente do curso técnico em nutrição e dietética da ETEC; consultora de nutrição na empresa Associação dos Voluntários Integrados no Brasil.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo verificar e analisar as substâncias provenientes da uva, com propriedades preventivas de doenças cardiovasculares (DCV) e, para isso, foi utilizado como metodologia a pesquisa qualitativa para atingirmos os resultados. Como todo órgão está suscetível a apresentar falhas, podemos citar que as DCV são caracterizadas pela insuficiência no bombeamento sanguíneo necessário ao corpo ou por incapacidade das artérias coronárias devido alguma obstrução ou anormalidade. O número de mortes causadas por DCV é atribuído a indivíduos que falecem antes mesmo de atingirem a idade de sua aposentadoria. Uma solução para o problema das DCV é o uso dos alimentos funcionais que são alimentos que apresentam em sua composição uma ou mais substâncias benéficas à saúde do ser humano. Entre os alimentos funcionais, podemos destacar a uva e seus derivados, pois contém uma série de substâncias funcionais, conteúdo preventivo chamado resveratrol, que é um polifenol presentes nas uvas.

Palavras-chave: Uva. Resveratrol. Alimentos funcionais.

INTRODUÇÃO

A nutrição estuda os alimentos, os nutrientes, a ação-interação e o equilíbrio de saúde e doença, retirando do meio ambiente os alimentos necessários para sustentar o organismo e relacionando o processo pelo qual o organismo ingere, digere, absorve, transporta, utiliza e elimina as substâncias alimentares (EVANGELISTA, 2000; BORSOI, 2007).

A dietoterapia é uma ciência da saúde, e em especial do profissional nutricionista, que usa principalmente os alimentos para o tratamento e a prevenção de enfermidades, levando o organismo a adquirir os nutrientes necessários para o bom desempenho e a saúde (CORREIA, 2013).

Uma das finalidades da dietoterapia é oferecer ao organismo os nutrientes que se adequam à necessidade do tipo de condição patológica e características físicas,

nutricionais, psicológicas e sociais do indivíduo, recuperando-o. Para isso, é necessário que se estabeleça se as necessidades do indivíduo são de manutenção ou de recuperação.

Alimento funcional é todo aquele que apresenta em sua composição uma ou mais substâncias com funções fisiológicas e bioquímicas benéficas à saúde do ser humano, capaz de prevenir certas doenças, auxiliar no tratamento de outras, até inibir alguns tumores (CANDIDO et al., 2012).

O coração é um órgão oco, com basicamente a função de bombear sangue, situado na cavidade torácica entre os pulmões, acima do diafragma e atrás do osso esterno. O órgão tem aproximadamente o tamanho de um punho fechado, e anatomicamente é constituído por três camadas: endocárdio, miocárdio e pericárdio, sendo estas as partes: interna, média e externa, respectivamente (RUIZ, 2015).

Doença cardíaca é caracterizada ou pela insuficiência no bombeamento sanguíneo necessário ao corpo ou por incapacidade das artérias coronárias devido a alguma obstrução ou anormalidade (IBGE, 2013).

Há um aumento significativo das doenças crônicas como as doenças cardíacas. Muitos países lutam para reduzir os níveis de mortalidade. Doenças não transmissíveis como a diabetes e as doenças cardíacas compõem cerca de dois terços das mortes no mundo. Isso ocorre por

causa do envelhecimento da população, o aumento dos fatores de riscos, associados à urbanização e à globalização. O controle dos fatores de riscos como o sedentarismo, o tabagismo, a má alimentação e o uso do álcool em excesso torna a situação mais crítica (ONUBR, 2011).

Em 2009, o Ministério da Saúde contabilizou 962.931 mortes em pessoas com 30 anos ou mais. As causas cardiovasculares atribuídas à aterosclerose foram responsáveis por 193.309 mortes (MANSUR; FAVARATO, 2011).

As pessoas que vivem em cidades grandes têm uma probabilidade maior de adquirir certos tipos de doenças do que as pessoas que vivem nas áreas menos urbanizadas como o campo. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, constatou-se que, em média, 4,2% da população obteve diagnóstico positivo para doenças que comprometem o coração. Com esses dados, foi estabelecido que as regiões Sudeste (5,0%), Sul (5,4%) e Centro-Oeste (4,6%) são as mais equivalentes à média nacional (4,2%), e as regiões Norte (2,0%) e Nordeste (2,7%) permanecem abaixo dessa média. A faixa etária estudada entre 18 anos ou mais mostra que a porcentagem de diagnósticos aumenta progressivamente, assim como a idade: 0,9% para pessoas com 18 a 29 anos; 3,4% para pessoas com 30 a 59 anos; 9,0% para pessoas com 60 a 64 anos; 11,9% para pessoas com 65 a 74 anos; e 13,7% para pessoas com 75 anos ou mais (IBGE, 2011).

Este trabalho tem por objetivo verificar as substâncias presentes na uva, com propriedades preventivas de doenças cardiovasculares (DCV); analisar os principais fatores que acarretam o surgimento de DCV; levantar os derivados de uvas e suas respectivas concentrações de compostos funcionais; e identificar como é a ação das substâncias presentes na uva e suas respectivas concentrações de substâncias funcionais. A metodologia do trabalho tem como objetivo descrever de maneira detalhada quais recursos foram utilizados para atingir aos objetivos propostos (FOGLIATTO; SILVEIRA, s/d).

Este trabalho foi desenvolvido por meio de conteúdos pesquisados em bases de dados como: Google Acadêmico, LILACS, PubMed, Scielo, entre outros, e também por meio de livros, sendo escolhidos os materiais mais atuais (dos últimos dez anos) para ser realizada a leitura e o resumo (BENTO, 2012).

O SISTEMA CIRCULATÓRIO

A principal função do sistema circulatório é transportar oxigênio e nutrientes aos tecidos corporais, bem como os produtos residuais do metabolismo celular. O transporte de sangue no corpo é promovido com o bombeamento feito no coração, sendo que o sangue rico em oxigênio vindo dos pulmões é carregado por uma rede de tubos chamados artérias, que se ramificam formando as arteríolas. No seu retorno ao coração, o sangue, agora rico em

gás carbônico, percorre pequenos vasos, as vênulas, as quais dão origem a vasos maiores, as veias (RUIZ, 2014).

ATEROSCLEROSE

A aterogênese é uma resposta inflamatória antecessora à aterosclerose, que causa o aumento da aderência de monócitos nas paredes epiteliais. Juntamente a esse problema, há a fração LDL (lipoproteína de baixa densidade) oxidada. As células do endotélio liberam radicais livres de oxigênio reativos, que podem oxidar a LDL e iniciar o processo aterosclerótico, causando a disfunção endotelial, que é o primeiro passo para a adesão e migração de monócitos para o interior da parede arterial. Níveis aumentados de lipoproteínas também são considerados fatores lesivos ao endotélio, por causa da alta concentração de produtos de lipólise destas nas proximidades da superfície do endotélio. A lipoproteína HDL (lipoproteína de alta densidade) possui função protetora no desenvolvimento da aterosclerose, impedindo a oxidação das LDL e consequentemente equilibrando a interação entre monócitos e endotélio (GARCIA, et al., 2010).

FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCV nos dias de hoje são os considerados a) fatores hereditários, que se transmitem por herança de pais a filhos ou de ascendentes a descendentes

por via genética (MICHELIS, 2009); b) fatores congênitos, que são casos em que o indivíduo já nasce com alteração ou má formação no coração, podendo causar o mau funcionamento do órgão no decorrer da vida; e c) fatores comportamentais, que são aqueles diretamente relacionados ao estilo de vida pessoal (KALIL, 2012).

Entre os fatores de risco relacionados ao comportamento de cada indivíduo, podemos destacar tabagismo, obesidade, hipertensão arterial, sedentarismo, estresse, ingestão de álcool e diabetes *mellitus* (BERNARDO et al., 2013).

O sedentarismo é considerado fator de risco, pois se pressupõe que está ligado ou piora os outros Fatores de Risco de Doenças Cardiovasculares (FRDV) como diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial e principalmente obesidade, pois está diretamente ligada ao desequilíbrio de ingestão e gasto de calorias (RIVERA et al., 2010).

ALIMENTOS FUNCIONAIS

O conceito de alimento funcional surgiu na década de 1990, descrevendo os alimentos que, devido aos seus componentes fisiologicamente ativos, podem promover a saúde além da nutrição básica (STRINGHETA et al., 2007; ILSI, 1999).

As preparações funcionais devem ser desenvolvidas com ingredientes naturais para ser parte da dieta e para executar funções específicas no organismo, como biológicas do sistema imunológico,

mecanismos de defesa, prevenção ou tratamento de doenças/distúrbios, melhoria das condições de saúde física, mental ou gerais ou retardando o processo de envelhecimento (STRINGHETA et al., 2007 e ALVIDRES-MORALES et al., 2002). De acordo com o novo estilo de vida da população, o consumo de industrializados aumentou demasiadamente, enquanto os alimentos que deveriam fazer parte do dia a dia como o arroz e o feijão têm perdido seu lugar na mesa das pessoas, facilitando, assim, uma incidência maior de diversos tipos de doenças crônicas e sérias, comprometendo diretamente a saúde e o bem-estar. A Sociedade Brasileira de Alimentos Funcionais (SBAF) deixa claro que os alimentos funcionais não curam doenças já instaladas no organismo. Estes têm o papel de prevenir ou reduzir os riscos dessas doenças que já se manifestaram. (SILVA et al., 2010).

A HISTÓRIA DA UVA

A uva é um fruto da videira (*Vitis vinífera* L), que é tida como uma das plantas mais antigas e cultivadas no mundo, provenientes das margens do Mar Mediterrâneo, onde até hoje é matéria-prima de sucos, vinhos, geleias, uvas passas, doces, além de ser consumido *in natura* (SHIMOTO, 2008 *apud* BARROS, 2011). Na antiguidade, o vinho também tinha uma profunda participação na evolução da medicina, pois os profissionais daquela época faziam uso do produto em

tratamentos, remédios. Por exemplo, o grego Hipócrates, pai da medicina sistematizada, recomendava o vinho como desinfetante natural; e Galeno, médico, filósofo romano, empregava vinho nas feridas dos gladiadores (PRADO et al., 2013).

TIPOS DE UVA

Existe uma variedade de uvas cultivadas no Brasil e muitas variações são resultados de enxertos para melhor adaptação climática. Os tipos de uvas são: Isabel, Bordô, Violeta, Margot, Máximo, Moscato Embrapa, BRS Lorena, Carbernet Sauvignon, Carbernet Franc, Merlot, Tannat, Sirah, Chardonnay, Gewurztraminer, Moscato Gialho ou Italiano (ATHIA; COSTA, 2009).

PRINCIPAIS SUBSTÂNCIAS FUNCIONAIS DA UVA

A uva conta com uma série de substâncias funcionais, contendo fenólicos, que podem ser classificados como flavonoides e não flavonoides. O primeiro grupo é classificado como flavonóis (catequina, epicatequina e epigallocatequina), flavanóis (caempferol, quercetina e miricetina) e antocianinas. Já o segundo grupo é classificado como ácidos fenólicos, hidroxibenzóicos e hidroxicinâmicos. Esses fenólicos têm como função formar as características sensoriais da uva e do vinho (ABE, 2009).

O resveratrol no organismo humano traz vários benefícios relacionados ao coração como hipoagregação de plaquetas e inibição de oxidação de lipoproteínas de baixa densidade. É considerada também uma substância anticancerígena, pois inibe a proliferação de células malignas (FREITAS et al., 2010).

O resveratrol é sintetizado naturalmente na planta entre duas formas isômeras: transresveratrol (trans- 3,5,4'-trihidroxiestilbeno) e cisresveratrol (cis- 3,5,4'- trihidroxiestilbeno). O isômero transresveratrol é convertido para cisresveratrol na presença da luz visível (SAUTTER et al., 2005).

O RESVERATROL

O resveratrol foi descoberto e isolado no ano de 1940, onde foi encontrado na raiz da planta *Pollygunum cuspidatum* muito utilizada no oriente. Só em 1976, o resveratrol foi detectado nas uvas (*Vitis vinifera*) de onde é sintetizado principalmente na casca e nas sementes, atingindo seu ápice antes da maturação do fruto, mas até a década de 1990, o interesse pela substância era insignificante por parte dos cientistas da época. A situação só mudou em 1992 quando Siemaan and Creasy descobriram o resveratrol também no vinho tinto, bebida muito consumida pelos franceses, que imediatamente despertou o interesse do cientista, isso porque a nova descoberta poderia explicar o chamado Paradoxo Francês, termo utilizado

na época para explicar o porquê da baixa frequência de doenças cardiovasculares em uma população com uma dieta tão rica em gordura saturada e também em vinho tinto. Após a descoberta de Siemaan and Creasy, vários outros cientistas começaram a estudar a substância por acreditarem que o vinho poderia, de alguma forma, estar ligado ao baixo índice de doenças cardiovasculares encontradas naquela população. Após diversos estudos, foi constatado que o resveratrol realmente diminuía a incidência dessas doenças (JORGE, 2012). O resveratrol é um polifenol derivado do aminoácido fenilalanina que pertence à família das fitoalexinas produzido pelos vegetais como amora, amendoim, eucalipto e uva, e que age como proteção da planta contra fatores patogênicos, reagindo também à radiação ultravioleta e a substâncias químicas (SANTIN, 2006).

OS BENEFÍCIOS DA UVA PARA O SISTEMA CIRCULATÓRIO

O resveratrol tem a característica de ser um forte agente inibidor dos radicais livres no organismo, tendo seu efeito cardioprotetor. Os polifenóis presentes no vinho diminuem a agregação plaquetária, pois têm ação antioxidante que oxida a *low-density* ou lipoproteína de baixa densidade (LDL), estimulando também a produção de óxido nítrico (efeito antiproliferativo), agindo na vasodilatação em segmentos da aorta em ratos e diminuindo danos em lesões de

reperfusão-isquêmica no coração e cérebro (PRADO; CAETANO, 2013).

PREVENÇÃO

A alimentação, quando é adequada e variada, ajuda e previne a maior parte das doenças nutricionais e infecciosas por serem ricas em nutrientes e ajudarem a fortalecer o sistema imunológico. Uma alimentação saudável contribui também para a proteção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como hipertensão, diabetes, câncer, doenças cardíacas e acidente vascular cerebral. Com os novos aspectos da nutrição, devem ser atendidas todas as necessidades nutricionais necessárias de acordo com suas indicações e, para isso, deve-se enriquecer a alimentação com alimentos funcionais. Isso pode ser atingido com o consumo regular de frutas, verduras, legumes e cereais, dando preferência aos integrais a fim de aumentar os níveis de fibras no organismo. Gorduras também podem ser consumidas moderadamente, dando preferência às insaturadas, assim controlando o valor calórico e de gorduras ingeridas. Também devem ser praticados exercícios físicos rotineiramente e moderados associado a uma alimentação saudável, fazendo que o tratamento e a prevenção se tornem mais próximos e eficazes. Também são recomendados o consumo de suco de uva e vinho tinto. Diversos estudos comprovam os efeitos benéficos do vinho tinto e do suco de uva, pois uma de suas funções é a diminuição da

oxidação do colesterol LDL (LAMARÃO; NAVARRO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo principal verificar as substâncias presentes na uva com propriedades preventivas de doenças cardiovasculares por meio de pesquisas bibliográficas realizadas em bases de dados como Lilacs e Pubmed. Foi verificado que a uva possui diversas substâncias funcionais como os fenólicos e suas derivações, que são considerados agentes anti-inflamatórios e antioxidantes ao nosso organismo, tendo o resveratrol como principal substância estudada em nosso trabalho (ABE, 2009).

Foram analisados os respectivos fatores causadores das doenças cardiovasculares e foi concluído que se pode dividi-los entre três fatores principais: os congênitos, os hereditários e os comportamentais que são aqueles que estão diretamente ligados aos hábitos individuais. Esse último fator deve ser direcionado para o trabalho de prevenção da população, pois a mudança desses hábitos pode evitar o aparecimento de doenças como a aterosclerose (IBGE, 2013).

Foi identificado, por meio de pesquisas, como é a ação das substâncias presentes na uva e concluiu-se que o resveratrol é um polifenol que age no organismo, tendo ação antioxidante, pois possui característica de ser um forte agente inibidor dos radicais livres e com efeito

cardioprotetor. Os polifenóis presentes no vinho diminuem a agregação plaquetária, pois têm ação antioxidante que oxida a LDL, reduzindo a concentração de lipídios do soro sanguíneo e a agressão plaquetária e aumentando o HDL (ABE, 2009).

A concentração da substância na uva e seus derivados variariam de acordo com o tipo de uva utilizado, sendo encontrado principalmente na casca e nas sementes da uva. Neste trabalho, foi colocado como destaque nas pesquisas o suco integral de uva e o vinho tinto (GIEHL, 2011). A concentração de substâncias varia de acordo com a cor da uva, por exemplo: o vinho tinto tem cerca de 10 vezes mais polifenóis do que o vinho branco, pois este é fermentado sem suas cascas, onde se armazena maior quantidade da substância e, com isso, concluiu-se que o vinho e o suco de uva integral, assim como a própria uva *in natura* são uma das melhores fontes de resveratrol tal substância comprovada cientificamente como ação cardioprotetora (NEMEN, 2011).

REFERÊNCIAS

- ABE, L. T. Compostos fenólicos e capacidade antioxidante de cultivares de uvas *Vitis labrusca* L. e *Vitis vinifera* L. **Revista de Ciências Agroveterinárias**, Lages, v. 8, n. 1, p. 71-83, 2009.
- ALVÍDREZ-MORALES, A. et al. Tendencias en la producción de alimentos: alimentos funcionales. **Revista Salud Pública y Nutrición**. v. 3, n. 3, 2002.
- ATHIA, F.; COSTA, A. D. Empresas e tecnologias na nova conjuntura vinícola brasileira do início do século XXI. **Economia & Tecnologia**, a. 05, v. 18, jul./set. 2009.

- BARROS, Z. M. P. **Cascas de frutas tropicais como fonte de antioxidantes para enriquecimento de suco pronto**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2011.
- BORSOI, M. A. **Nutrição e dietética: noções básicas**. São Paulo: Senac São Paulo, 1995.
- EVANGELISTA, J. Alimentação e nutrição. In: _____. **Tecnologia de alimentos**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FREITAS, A. A. et al. Determinação de resveratrol e características químicas em sucos de uvas produzidas em sistemas orgânico e convencional. **Revista Ceres**, Viçosa, v. 57, n. 1, p. 001-005, jan/fev, 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**, Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- JORGE, T. F. P. **Nutrientes e suplementos nutricionais: estudo por espectrometria de massa do resveratrol nas uvas**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.
- MANSUR, A.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arq. Bras. Cardiol.* v. 99, n. 2, São Paulo, aug. 2012.
- NAVARRO, F.; LAMARÃO R. C. Aspectos nutricionais promotores e protetores das doenças cardiovasculares. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 57-70, ago, 2007.
- ONU-BR. **Novo relatório da OMS traz informações sobre estatísticas de saúde em todo o mundo**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/novo-relatorio-da-oms-traz-informacoes-sobre-estatisticas-de-saude-em-todo-o-mundo/>. Acesso em: jan. 2018.
- PRADO, A. K et al. **Os efeitos do consumo do vinho na saúde humana**. União das Faculdades dos Grandes Lagos. Disponível em: <http://www.unilago.edu.br/revista/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/OS%20EFEITOS%20DO%20CONSUMO%20DO%20VINHO%20NA%20SA%20C3%9ADE%20HUMANA.pdf>. Acessado em: jan. 2018.
- RUIZ, C. R. **Anatomia humana básica para estudantes da área da saúde**. 3. ed. São Paulo: Difusão, 2015.
- SANTIN, N. C. **Características químicas de vinhos cabernet sauvignon produzidos em diferentes regiões do Brasil**. 2006. 44 p. Dissertação (Mestrado em Ciência dos Alimentos) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- SAUTTER et al. Determinação de resveratrol em sucos de uva no Brasil. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, 25(3): 437-442, jul.-set. 2005.
- SILVA, S. A.; BELO, S. R. B.; PASCOAL, G. B. Os alimentos funcionais na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Nutrição em Pauta**, v. 101, p. 10-14, 2010.
- STRINGHETA, P. C. et al. Políticas de saúde e alegações de propriedades funcionais e de saúde para alimentos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v. 43, n. 2, 181-194, abr./jun., 2007.

DIAGNÓSTICO DE ESÓFAGO DE BARRETT ASSOCIADO AO DISTÚRPIO DO REFLUXO GASTRESOFÁGICO POR ESÔFAGO CONTRASTADO: REVISÃO DA LITERATURA

Rodrigo Nunes de Aguiar¹, Geraldo Mendes de Aguiar Filho², Gleiton de Aguiar Brólia³, Felipe Bocci⁴, Olavo Egídio Alioto⁵, Guilherme Oberto Rodrigues⁶

¹²³ Discentes do Curso de Tecnologia em Radiologia da Famesp de São Paulo.

⁴ Doutorando em Ciências da Saúde pela Fundação Universitária de Cardiologia do RS; Docente e Coordenador do Curso de Tecnologia em Radiologia da Universidade Famesp de São Paulo.

⁵ Docente do Curso de Tecnologia em Radiologia da Universidade Famesp de São Paulo.

⁶ Docente do Curso de Tecnologia em Radiologia da Universidade Famesp de São Paulo.

RESUMO

O Exame radiográfico contrastado do esôfago consiste em radiografias realizadas com ingestão do contraste sulfato de bário podendo utilizar ar como opção de duplo contraste. Embora o esôfago venha sendo cada vez mais estudado por modalidades de diagnósticos como endoscopia digestiva alta e tomografia computadorizada, o esôfago contrastado ainda desempenha importante papel no diagnóstico da doença por demonstrar a funcionalidade do distúrbio do refluxo gastroesofágico (DRGE) e por demonstrar o órgão de maneira panorâmica com maior eficácia quando comparado a outras modalidades.

Palavras-Chave: Esôfago contrastado. Distúrbio do refluxo gastroesofágico. Esôfago de Barrett.

INTRODUÇÃO

Hérnia hiatal (HH) tem influência na redução do tônus do esfíncter esofágico inferior, levando a um maior refluxo do ácido gástrico. (MACHADO, 2006)

Ocorre a mesma relação no caso do DRGE.

Incidência do DRGE relacionado à HHe ao esôfago de Barrett:

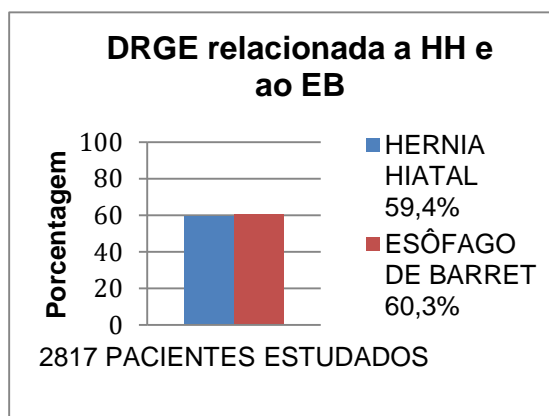


Figura 1.

Existe uma relação considerável entre a esofagite de refluxo (DRGE) com a hérnia de hiato (HH) e com o esôfago de Barrett (EB), como demonstrado na figura 1.

Foi encontrada hérnia hiatal em 59,4% dos pacientes com esofagite de refluxo. 60,3% dos pacientes com Esôfago de Barrett (EB). Todas as associações foram estatisticamente significativas. Conclusões: A presença de hérnia hiatal em pacientes com distúrbio do refluxo gastresofágico (DRGE) foi um fator importante para o achado de esofagite de refluxo e de Esôfago de Barrett, aumentando substancialmente o risco de desenvolvimento dessas complicações do DRGE. (BALBINOT, 2007)

A incidência do DRGE em relação ao sexo dos pacientes estudados não apresenta uma diferença ressaltante para nenhum dos sexos não havendo correlação.

Dos 2.817 prontuários revisados, 1.475 (52,4%) eram de pacientes do sexo feminino e 1.342 (47,6%) do sexo masculino. (BALBINOT, 2007)



Figura 1

Incidência do EB em relação ao sexos pacientes estudados:

A prevalência do EB em relação ao sexo dos paciente estudados é mais expressiva para o sexo masculino, conforme demonstrado na figura 3.

Foram avaliadas, retrospectivamente, 2196 endoscopias digestivas altas de pacientes que realizaram o exame na Clínica Imagem entre Janeiro de 2001 a Dezembro de 2005. Esôfago de Barrett foi encontrado em 3,2% do grupo avaliado. Foi mais relacionado ao sexo masculino e na faixa etária compreendida entre 50 e 60 anos. (MACHADO, 2006)

Quanto ao achado endoscópico, foram visualizadas alterações compatíveis com esôfago de Barrett em um total de 95 pacientes (4,3%). A distribuição dos pacientes em relação à faixa etária variou entre 19 e 92 anos, com uma média de 54,2 anos. Quanto ao sexo, ocorreu uma maior prevalência em pacientes do sexo masculino totalizando 56 (58,9%) casos. (MACHADO, 2006)

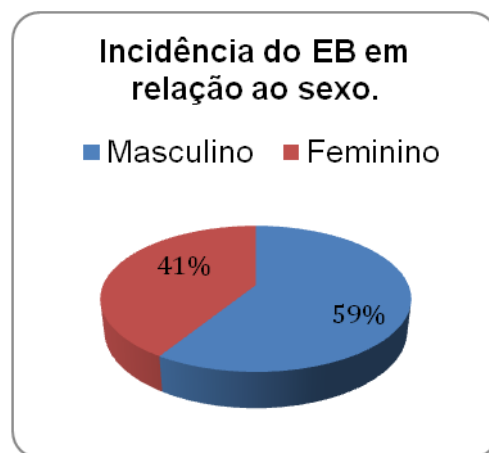


Figura 2 Distribuição dos pacientes com achado endoscópico compatível com EB em relação ao sexo.

Relação do EB com casos de ingestão de cáusticos:

A incidência de EB em pacientes que ingeriram produtos cáusticos não mostra relevância significativa conforme demonstrado na figura 4.

A estenose esofágica secundária à ingestão de produtos cáusticos é frequente no Brasil, principalmente com tentativa de suicídio. O esôfago de Barrett surge como consequência do refluxo gastresofágico crônico. A literatura pesquisada mostrou que esta associação é muito rara. Casuística e Métodos – De 1981 a 2000 foram admitidos e tratados no Gastrocentro-UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas, SP.) 120 doentes com estenose cáustica do esôfago e durante o seguimento destes, foram encontrados 9 casos

associados com o esôfago de Barrett (7,5%).
(ANDREOLLO N. A. et al. 2003)

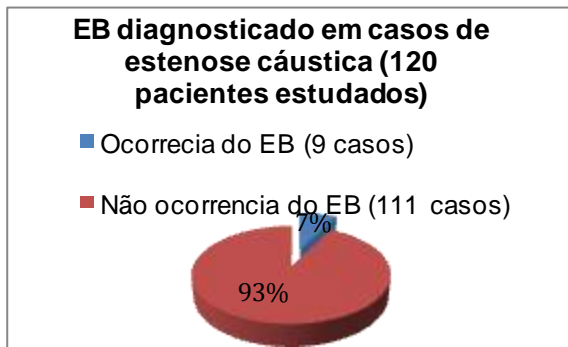
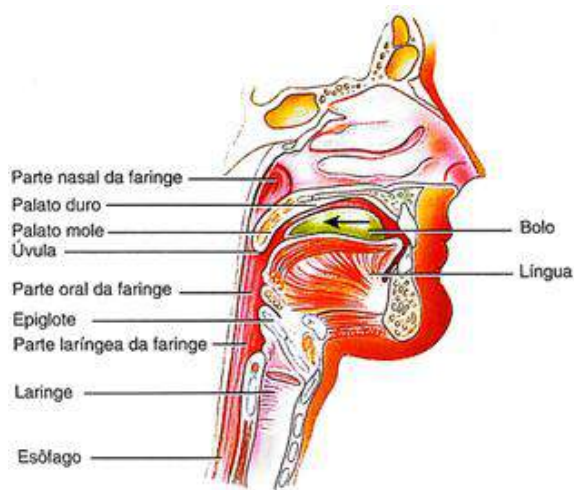


Figura 3

ANATOMIA ESOFAGO

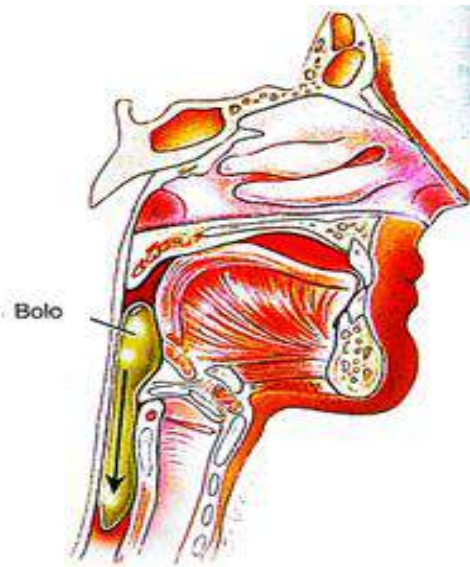
O esôfago é um tubo muscular revestido por epitélio estratificado escamoso, que se situa posteriormente à traqueia. Ele começa na extremidade final da parte laríngea da faringe, passa através do mediastino e do diafragma e conecta-se a parte superior do estômago. Ele transporta o alimento para o estômago e secreta muco. Em cada extremidade do esôfago, a musculatura forma dois esfíncteres – o esfíncter esofágico superior (EES), formado por músculo estriado esquelético, e o esfíncter esofágico inferior (EEI), formado por músculo liso. O EES regula o movimento do alimento da faringe para o esôfago. Já o EEI regula o movimento do alimento do esôfago para o estômago.

O processo de deglutição constitui no movimento, amolecimento e umidificação do alimento. A mastigação ocorre na cavidade oral com a função dos dentes, língua, palato duro e glândulas salivares. O bolo passa pela orofaringe no ato de engolir e assim finda a deglutição voluntária. O bolo é deslocado através do esôfago até o estômago por movimento peristáltico involuntário. (TORTORA, 2010)



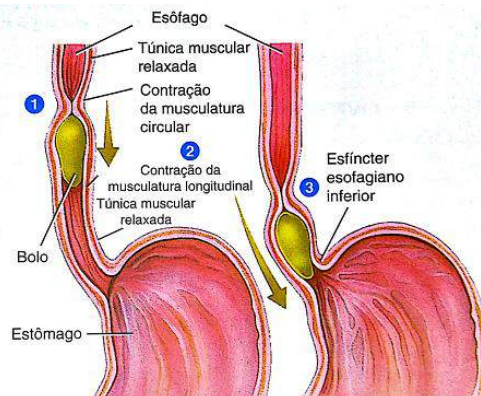
(a) Posição das estruturas antes da deglutição

Figura 4



(b) Durante a etapa faríngea da deglutição

Figura 5



(c) Visão anterior da seção frontal da peristálise no esôfago

Figura 6

ASPECTOS PATOLÓGICOS

Esofago de Barrett

O esôfago de Barrett é uma doença que acomete o esôfago distal. É adquirida, relacionada frequentemente ao adenocarcinoma de esôfago. Caracteriza-se pela modificação do epitélio escamoso estratificado pelo epitélio metaplásico colunar, contendo células calciformes. A prevalência do esôfago de Barrett na população em geral é

incerta. De acordo com a extensão do epitélio metaplásico, pode ser classificado em Barrett curto e Barrett longo. A alteração histopatológica é observada na figura 10.(MACHADO, 2006)

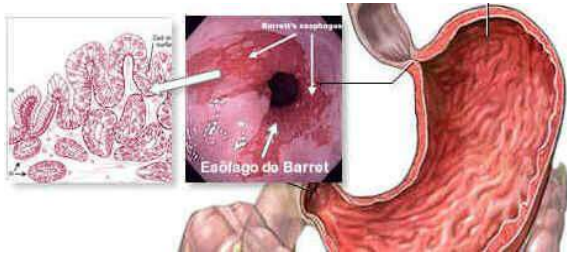


Figura 7 Imagem demonstrando uma endoscopia digestiva baixa, situando o EEI com uma mudança na formação tecidual.

Distúrbio do refluxo gastresofágico(DRGE)

É o retorno do bolo alimentar junto ao ácido clorídrico do estômago para o esôfago, causado pela falha na contração do EEI. Essa falha pode ter relações com o fator genético, mas sua prevalência ocorre por deitar-se após as refeições, sem respeitar o prazo de uma hora para haver um esvaziamento parcial do estômago. Alcoolismo e tabagismo podem potencializar a patologia. Como a mucosa interna do esôfago não tem a resistência ao ácido clorídrico igualmente ao estômago, o ácido irrita a mucosa esofágica distal causando pirose (sensação de queimação ou azia). (TORTORA 2010)

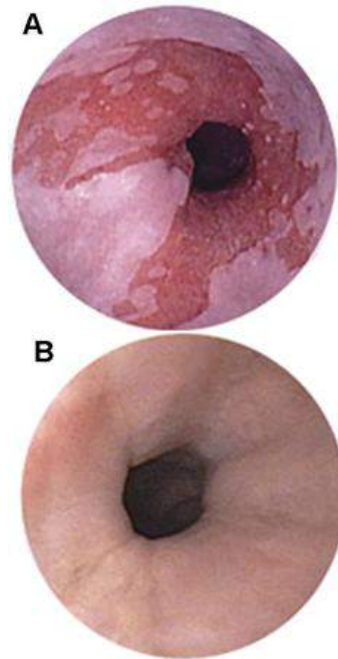


Figura 8 A. imagem de uma endoscopia do esôfago distal demonstrando alteração epitelial compatível com EB; B. esôfago distal demonstrando características normais.

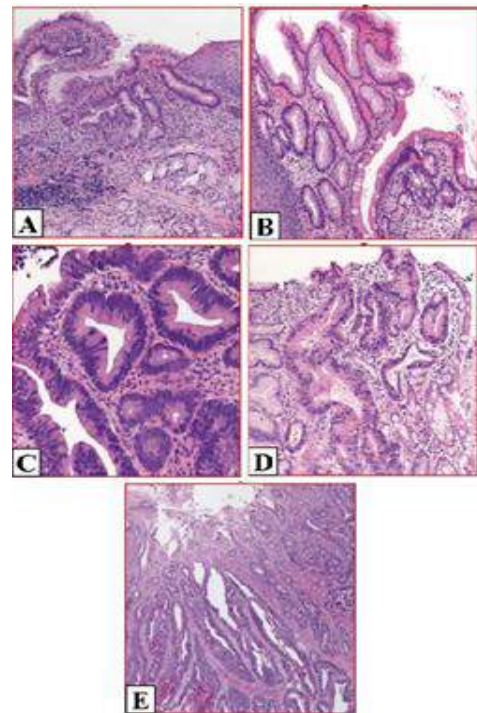


Figura 9A. mucosa da junção gastresofágica com DRGE; B. mucosa esofágica distal com EB demonstrando ausência de displasia; C. mucosa esofágica distal com EB demonstrando displasia leve; D. mucosa esofágica distal com EB demonstrando displasia avançada; E. mucosa esofágica distal com evolução para um adenocarcinoma.

ESÔFAGOGRAFIA (ESOFAGOGRAMA)

É o exame radiográfico do esôfago contrastado com uso de contraste baritado (sulfato de bário) e gasoso (ar ou CO₂).

O contraste é ingerido por via oral. A única contra indicação é a perfuração do trato gastrointestinal. Casos de relatos de alergia são extremamente raros. O contraste opaco é composto por sulfato de bário (BaSO₄) e é usado neste exame em consistência densa e em consistência rala. A consistência densa é ideal para realizar incidências da orofaringe e laringofaringe. A deglutição dessa região é rápida, portanto o bário denso (maior concentração de bário e menor de água) acaba sendo mais eficaz.

O equipamento utilizado é o aparelho emissor de raios-x convencional com processamento analógico ou digital, de preferência telecomandado ou com presença de intensificador de imagem. Esses dois últimos citados possibilitam a visualização do trato gastrointestinal de maneira funcional (em movimento), possibilitando a aquisição das imagens com o preenchimento ideal de contraste.

Se o exame for realizado em duplo contraste (bário e ar ou CO₂) o sulfato de bário é misturado a uma quantidade equivalente de água gaseificada ou água com efervescente. Essa mistura possibilita a visualização das paredes do endotélio esofágico com mais detalhes de profundidade ao invés de demonstrar uma imagem opaca (Figura 11). (BONTRAGER, 2003)

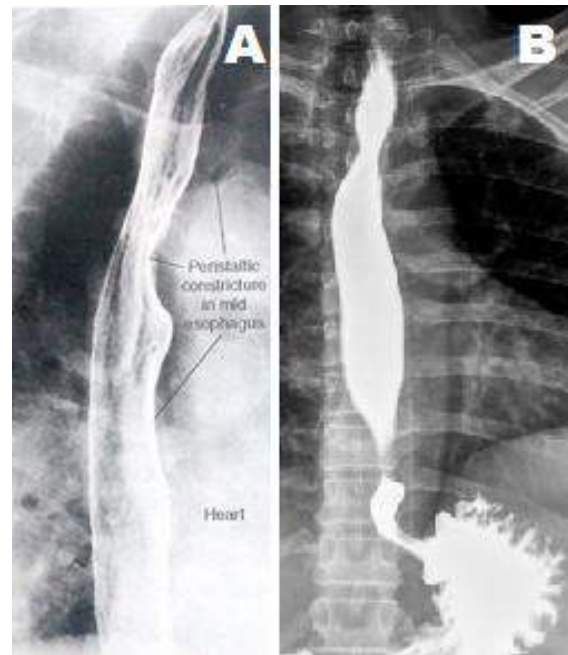


Figura 10A. Esôfago contrastado em duplo contraste demonstrando aspecto de profundidade causado pelo agente contrastante radiotransparente; **B.** Esôfago contrastado apenas com bário sem o aspecto de profundidade.

TÉCNICAS DE AQUISIÇÃO

As incidências do esôfago devem ser realizadas em decúbito sempre que possível, pois o contraste se desloca pela luz do órgão mais lentamente, favorecendo a aquisição de imagem e minimizando a quantidade de contraste ingerido. Em todas as incidências a cabeça deve estar ligeiramente rotada para o lado do copo de contraste com um canudo para que o paciente possa deglutir sem usar as mãos (Figura 12). (BONTRAGER, 2003)

Esôfago em oblíqua anterior direita (OAD).

- *Posição do paciente:* em decúbito ventral com o tronco inclinado 45°, de maneira que o lado esquerdo esteja afastado da mesa. Membros superiores (MMSS) posicionados de maneira que não sobreponham o tronco (posição de nadador conforme a FOTO). Linha sagital esquerda (margem medial da escápula) alinhada com a linha central da mesa (LCM).
- *Raio central (RC):* incidindo perpendicularmente na linha sagital esquerda (margem medial da escápula) no nível do ângulo inferior da escápula.

- *Técnica para aquisição panorâmica:* solicitar ao paciente que ingira três goles do contraste e faça apneia imediatamente após deglutir o ultimo gole.
- *Receptor de imagem (caso seja plate ou chassi):* Tamanho 35x43, no Bucky, em posição longitudinal e com seu centro coincidindo ao RC.
- *Parâmetros de exposição aproximados para um biotipo estênico:*

kV	mA	T
75	200	0,25

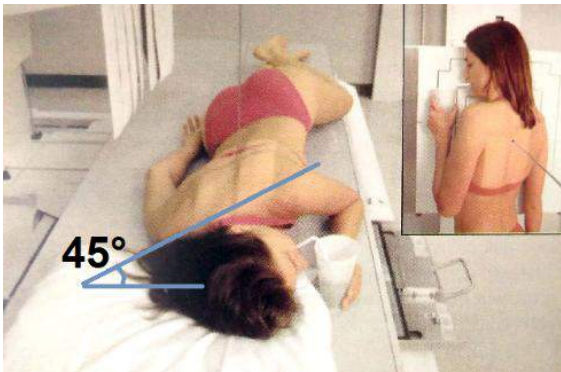


Figura 11 Posição do paciente para a incidência OAD do esôfago (posição de nadador).

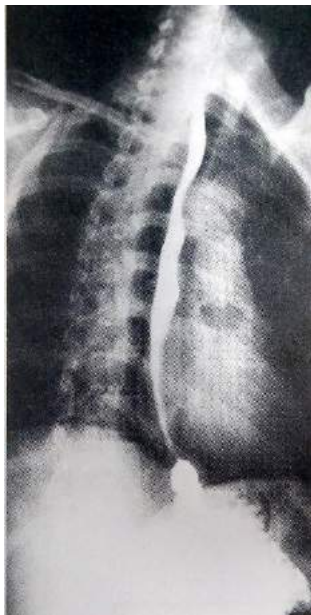


Figura 12 Imagem radiografica do esôfago contrastado em OAD.

Esôfago em obliqua anterior esquerda (OAE).

- *Posição do paciente:* em decúbito ventral com o tronco inclinado 45°, de maneira que o lado direito esteja afastado da mesa. Membros superiores (MMSS) posicionados de maneira que não sobreponham o tronco (posição de nadador conforme a FOTO). Linha sagital direita (margem medial da escápula) alinhada com a linha central da mesa (LCM).
- *Raio central (RC):* alinhado à LCM, incidindo perpendicularmente na linha sagital direita (margem medial da escápula) no nível do ângulo inferior da escápula.
- *Técnica para aquisição panorâmica:* solicitar ao paciente que ingira três goles do contraste e faça apneia imediatamente após deglutir o ultimo gole.
- *Receptor de imagem (caso seja plate ou chassi):* Tamanho 35x43, no Bucky, em posição longitudinal e com seu centro coincidindo ao RC.
- *Parâmetros de exposição aproximados para um biotipo estênico:*

kV	mA	T
75	200	0,25

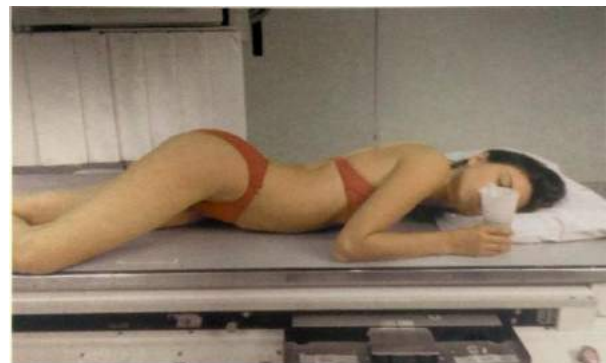


Figura 13 Posição do paciente para a incidência OAE do esôfago (posição de nadador).

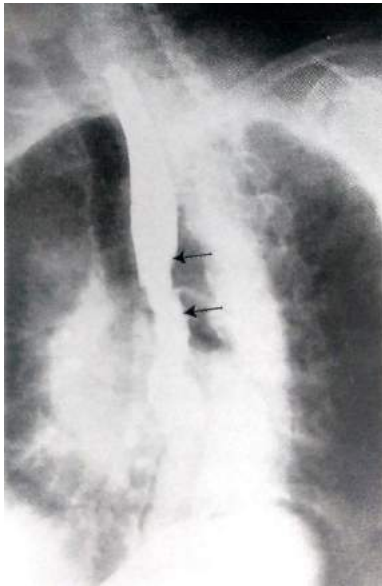


Figura 14 Imagem radiográfica do esôfago contrastado em OAE demonstrando uma falha de preenchimento da luz do órgão evidenciando um possível tumor (setas).

Esôfago em perfil (lateral)

- *Posição do paciente:* em decúbito lateral esquerdo. MMSS posicionados de maneira que não sobreponham o tronco. Tronco alinhado com a LCM de maneira que os ombros coincidam com a mesma.
- *Raio central (RC):* alinhado à LCM, incidindo perpendicularmente na lateral torácica, no nível do ângulo inferior da escápula.
- *Técnica para aquisição panorâmica:* solicitar ao paciente que ingira três goles do contraste e faça apneia imediatamente após deglutir o último gole.
- *Receptor de imagem (caso seja plate ou chassi):* Tamanho 35x43, no Bucky, em posição longitudinal e com seu centro coincidindo ao RC.
- *Parâmetros de exposição aproximados para um biotipo estênico:*

kV	mA	T
82	200	0,3

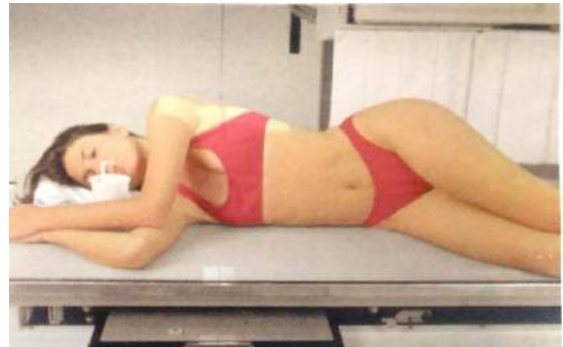


Figura 15 Posição do paciente para a incidência lateral direita do esôfago.



Figura 16 Imagem radiográfica do esôfago contrastado em lateral.

Esôfago em anteroposterior (AP).

- *Posição do paciente:* em decúbito dorsal com a linha médio sagital (LMS) do tronco alinhada à LCM. Membros superiores (MMSS) posicionados de maneira que não sobreponham o tronco.
- *Raio central (RC):* alinhado à LCM, incidindo perpendicularmente na linha médio sagital ao nível do centro do corpo do esterno.
- *Técnica para aquisição panorâmica:* solicitar ao paciente que ingira três goles do contraste e faça apneia imediatamente após deglutir o último gole.
- *Receptor de imagem (caso seja plate ou chassi):* Tamanho 35x43, no Bucky, em posição longitudinal e com seu centro coincidindo ao RC.

- *Parâmetros de exposição aproximados para um biotipo estênico:*

kV	mA	T
70	200	0,2



Figura 17 Posição do paciente para a incidência AP do esôfago.



Figura 18 Imagem radiográfica do esôfago contrastado em AP.

Esôfago em anteroposterior com esforço (AP Trendelenburg).

Essa incidência é fundamental para evidenciar tanto o DRGE quanto a HH. A posição de Trendelenburg (cabeça mais baixa que os pés) permite evidenciar o refluxo do contraste a partir do estômago para o esôfago

distal. O esforço abdominal permite evidenciar a dilatação da luz da HH.

- *Posição do paciente:* em decúbito dorsal com a linha médio sagital (LMS) do tronco alinhada à LCM. Membros superiores (MMSS) posicionados de maneira que não sobreponham o tronco. Suportes de ombro devem ser instalados na mesa para evitar que o paciente escorregue. Mesa inclinada de maneira que a cabeça esteja baixa em relação aos pés cerca de 30° (Trendelenburg).
- *Raio central (RC):* alinhado à LCM, incidindo perpendicularmente na linha médio sagital ao nível do processo xifoide.
- *Técnica para aquisição:* solicitar ao paciente que realize a manobra de Valsalva* ou manobra de Mueller**.
- *Receptor de imagem (caso seja plate ou chassi):* Tamanho 24x30, no Bucky, em posição longitudinal e com seu centro coincidindo ao RC.
- *Parâmetros de exposição aproximados para um biotipo estênico:*

kV	mA	T
70	200	0,2



Figura 19 Posição do paciente para a incidência AP do esôfago com esforço (mesa em Trendelenburg).



Figura 20 Estômago contrastado com duplo contraste evidenciando uma hérnia hiatal (setas) dilatada após a manobra de Valsalva.

**Manobra de Valsalva:* Consiste na apneia realizada após a inspiração total seguida de esforço abdominal semelhante ao ato de evacuar. Também pode ser feita em apneia realizada após inspiração total seguida de esforço para expirar com a boca e nariz fechados.

***Manobra de Mueller:* Consiste na apneia realizada após a expiração total seguida de esforço inspiratório com a glote fechada.

COMPARATIVO DE IMAGENS SEM E COM ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS

As imagens 22 e 23 exibem incidências em AP (imagem A) e lateral (imagem B) do esôfago contrastado de pacientes distintos. A figura 22 demonstra o estudo contrastado do esôfago sem alterações patológicas em quanto a imagem 23 demonstra imagens patológicas.

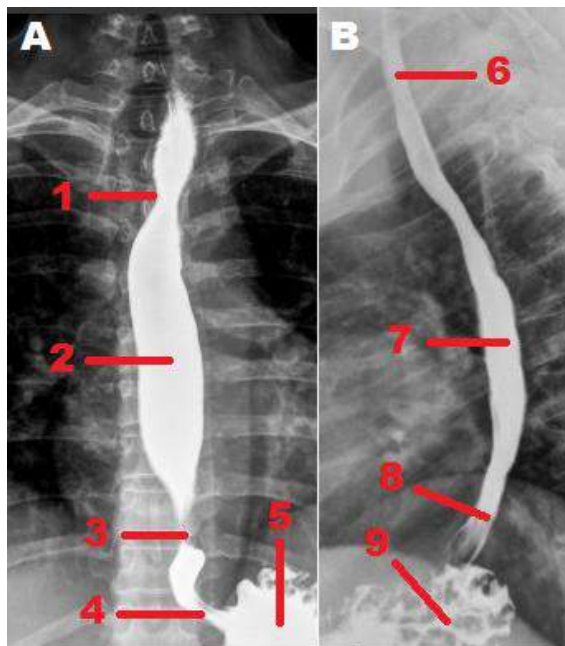


Figura 21 A. AP do esôfago contrastado apresentando normalidade quanto ao preenchimento, forma e calibre do órgão; B. Lateral do esôfago contrastado apresentando normalidade quanto ao preenchimento, forma e calibre do órgão; 1. Contração muscular do movimento peristáltico; 2. Esôfago médio; 3. Contração muscular do movimento peristáltico no esôfago inferior; 4. Esfíncter esofágico inferior; 5. Bolha gástrica; 6. Vista lateral do esôfago superior; 7. Vista lateral do esôfago médio; 8. Vista lateral do esôfago inferior; 9. Vista lateral da bolha gástrica.

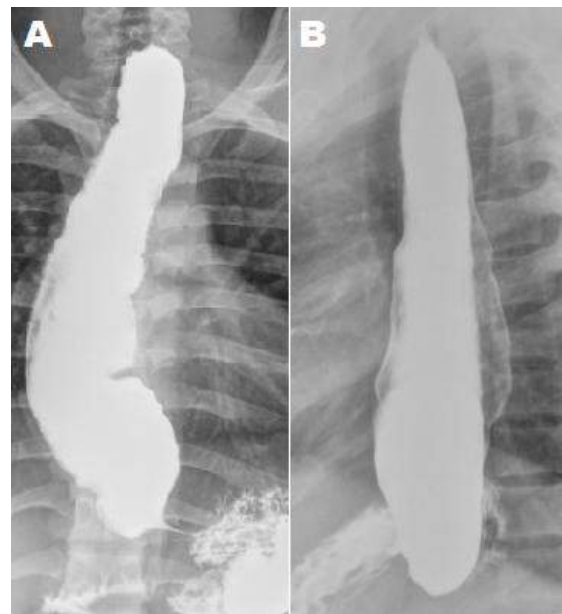


Figura 22 Paciente de 25 anos de idade, do sexo masculino. Apresentou sintomas de dor retroesternal, disfagia e refluxo gastresofágico. o esôfago é demonstrado difusamente dilatado (6,0 cm), contornos discretamente lobulados evidenciados na incidência AP (imagem A) e espessamento difuso da mucosa. A incidência lateral (imagem B) demonstra ondas discinéticas. Imagem compatível com DRGE e acalasia (Contração persistente do esôfago distal).

Referências

ANDREOLLO N. A. et al. **O esôfago de barrett associado à estenose cáustica do esôfago.** Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do

Departamento de Cirurgia e Gastrocentro da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; Arq. Gastroenterol. v. 40 – no. 3 – jul./set.– 2003, ARTIGO ORIGINAL; p. 149-150.

BALBINOT S. S. et al. **Hérnia Hiatal, Esôfago de Barrett e a Gravidade da Esofagite de Refluxo**; Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 36, no. 3, de 2007; p. 66-68.

BONTRAGER K. L.; **tratado de técnica radiológica e base anatômica** 5ª EDIÇÃO; GUANABARA KOOGAN; Rio de Janeiro; 2003; p. 445, 453, 455, 459, 464, 468, 470 - 473, 478; Figuras 11 A, 12 – 16, 18, 20, 21.

MACHADO, R. S. **Prevalência de esôfago de Barrett em pac. subm. aendosc. dig. alta**. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão

do Curso de Graduação em Medicina; Florianópolis; 2006; p. 5-13.

TORTORA G. J.; DERRICKSON B.; **corpo humano – fundamentos de anatomia e fisiologia**. 8. ed. ARTMED EDITORA; Porto Alegre; 2010; p. 126-128; Figuras 5 – 7.

Figura 8: <http://cdn.portalsaofrancisco.com.br/wp-content/uploads/2016/05/esofag13.jpg>

Figura 9: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-radiofrecuencia-el-tratamiento-del-esofago-S0210570510003080>

Figura 10: https://www.spandidos-publications.com/article_images/ijo/41/2/IJO-41-02-0414-g00.jpg

Figuras 11 B, 17, 19, 22 e 23 foram cortesia da empresa GR PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS RADIOLÓGICOS LTDA – ME.

CORPO EDITORIAL

DIREÇÃO GERAL

Lígia Lacrimanti
José Natal Alves

DIREÇÃO ACADÊMICA

Patrícia Rodrigues

EDITOR

Olavo Egídio Alioto

COMISSÃO ORGANIZADORA

Olavo Egídio Alioto
Patrícia Rodrigues
Persio Nakamoto

REVISÃO

Persio Nakamoto

CAPA

Bruna Passos