

19ª EDIÇÃO

REVISTA ELETRÔNICA

método
do *Saber*

**EDUCAÇÃO
SAÚDE
TECNOLOGIA**

 **famesp**
faculdade **método** de são paulo

2021

Ano 12, número 19, ago-mar 2021
ISSN 2177-0875-SP

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

RADIOCIRURGIA PARA METÁSTASES CEREBRAIS.....	4
UMA PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	12
A IMPORTÂNCIA DO PEDAGOGO NA CLASSE HOSPITALAR.....	17
A SÍNDROME DE BURNOUT E O TRABALHO DOCENTE.....	32
O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO.....	43
RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA NO CÂNCER DE MAMA	50
A LITERATURA NA EDUCAÇÃO INFANTIL	57
CORPO EDITORIAL.....	62

RADIOCIRURGIA PARA METÁSTASES CEREBRAIS

Caroline Costa¹, Larissa Suzuki¹, Jessica Borghesi²

¹ Alunas do curso de Tecnologia em Radiologia da Faculdade Método de São Paulo – FAMESP.

² Orientadora Doutora do curso de Tecnologia em Radiologia da Faculdade Método de São Paulo – FAMESP.

RESUMO

As metástases cerebrais ocorrem por meio de um tumor primário com origem conhecida, normalmente são provenientes de um câncer de mama e pulmão ou de origem desconhecida, propagando-se por meio da corrente sanguínea ou dos vasos linfáticos para outras regiões do corpo. Para o diagnóstico é necessário realizar um conjunto de imagem como tomografia computadorizada, biópsia, ressonância magnética com contraste gadolínio e PET/CT, quanto antes for feita a análise maior chance de sobrevida o paciente. Após conclusão do diagnóstico analisado determina-se o tratamento será sintomático ou específico, escolhendo o melhor método através de usos de corticoides e epiléticos, radioterapia total ou fracionada, quimioterapia, cirurgia. O foco deste artigo baseado na radiocirurgia, a evolução da medicina foi de suma importância para o tratamento dos pacientes, para melhorar a sobrevida.

Palavras-chaves: Metástases cerebrais, diagnóstico, tumor, tratamento, radiocirurgia.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o câncer passou a ser uma das doenças com maior índice de mortalidade, principalmente na fase adulta, repercutindo o envelhecimento da população. São diagnosticados anualmente (duzentos mil) 200.000 casos de tumores cerebrais nos Estados Unidos, sendo mais de (cento e sessenta mil) 160.000 casos de metástases cerebrais. A metástase cerebral pode acometer em qualquer região, porém predomina, maiormente na dura-máter, leptomeninges e parênquima. (MALDAUN et al., 2006)

Metástases são os tumores mais comuns em adultos localizados no sistema nervoso central, possuindo uma origem primária desconhecida ou não, influenciando na sobrevida. Os pacientes com neoplasias malignas, (vinte) 20% a (quarenta) 40% deles possuem metástases cerebrais. Como sinais e

sintomas grande parte dos pacientes apresentam cefaleia, deficiência motora, crises convulsivas e alteração em seu estado mental, devido a esta neoplasia por conta de um tumor primário. (ONISHI et al., 2005)

O melhor exame para diagnosticar metástases cerebrais, é a ressonância magnética utilizando contraste gadolínio, mostrando com nitidez a definição e localização, podendo realizar também uma coleta de líquido em caso de metástases meníngeas. Para o tratamento existem diversas modalidades, variando de acordo com o grau em que se encontra a metástase, como por exemplo, corticoterapia, radioterapia, quimioterapia (utilizada mais na fase primária), cirurgia e radiocirurgia. (MALDAUN et al., 2006)

Por muitos anos o tratamento mais eficaz era a radioterapia de encéfalo total, com doses de radiação fracionadas, mas a

radiocirurgia e ressecção microcirurgia tem se tornado mais efetiva proporcionando sobrevida mais longa. (ONISHI et al., 2005)

Com os avanços da medicina estávamos em busca de como é o tratamento de metástase cerebral podem proporcionar o melhor tratamento ao paciente, de uma maneira não tão invasiva e aumentando a sobre vida. A função é mostrar como é a radiocirurgia desde como surgiu os primeiro equipamentos e como hoje em dia são os tratamentos. Divulgar para a sociedade que além dos tratamentos convencionais, possui essa alternativa.

O presente artigo tem como finalidade abordar os estudos relacionados a radiocirurgia em metástases cerebrais, no qual os dados foram analisados através de revisão de literatura através de artigos científicos e teses.

DESENVOLVIMENTO

Com os avanços tecnológicos na área da saúde no tratamento do câncer houve um aumento da sobrevida do paciente, contudo algumas complicações têm surgido como as metástases, tendo as intracranianas como a mais temível e ocorrendo com frequências por várias fontes primárias. (SANTOS et al., 2001)

Os tumores primários podem desencadear a metástase cerebral, da quais os mais comuns são câncer de mama, carcinoma broncogênico, carcinoma renal, melanoma e neoplasias malignas no gastrointestinal, contudo, (dez) 10% das metástases cerebrais possuem origem primária desconhecida. As pesquisas apontam que cerca de (vinte) 20% a (vinte e cinco) 25% das neoplasias desencadeia metástases

cerebrais, podendo ser na região do cerebelo, tronco encefálico e hemisférios cerebrais, dura-máter e leptomeninges. (SANTOS et al., 2001)

Os tumores cerebrais metastáticos representam cerca de 20% a 40 % das neoplasias intracranianas. Sendo habitualmente derivados de tumores primários da mama (12%) e pulmão (50%). (BARBOSA, et al. 2012)

As metástases cerebrais são os maiores obstáculos por trazerem grandes sintomas na funcionalidade do organismo podendo ocorrer óbito precoce, entretanto, quanto mais rápido for o diagnóstico, maior chance de sobrevida do paciente. (SANTOS et al., 2001)

Grande parte das metástases cerebrais ocorre por disseminação hematogênica, essencialmente pela circulação arterial ou pelo sistema venoso por meio do plexo venoso vertebral. A disseminação das metástases é decorrente ao fluxo sanguíneo cerebral, observado pelo predomínio das lesões nos lobos frontal e parietal. Aproximadamente (oitenta) 80% das metástases cerebrais estão situadas nos hemisférios cerebrais, (quinze) 15% na região do cerebelo e (cinco) 5% no tronco cerebral. Sua identificação é feita por lesões arredondadas sendo envolta um edema perilesional, não tendo um tamanho exato para ser considerada uma neoplasia. (SANTOS et al., 2001)

Os sinais e sintomas das metástases cerebrais são os mesmos de um tumor intracraniano cerebral, como cefaleia, alteração comportamental (em torno de 30% dos casos), epilepsia, sinais neurológicos focais e alteração na consciência. Sua evolução ocorre de forma muito acelerada,

ISSN 2177-0875

principalmente quando apresenta um grande edema perilesional. Em torno de (dez) 10% dos pacientes apresentam hemorragia intratumoral, denominado como síndrome pseudovasculares. (SANTOS et al., 2001)

De acordo com Thapar K, Laws ER, a hemorragia espontânea pode apresentar em qualquer neoplasia metastática, sendo mais comum no melanoma, carcinoma renal e no coriocarcinoma quando aponta invasão vascular. (SANTOS et al., 2001)

Uma manifestação que ocorre de maneira precoce é a hidrocefalia obstrutiva, quando não diagnosticada e tratada a tempo, pode levar o paciente a óbito. (SANTOS et al., 2001)

A Tomografia Computadorizada é o exame inicial para diagnóstico em seguida da Ressonância Magnética, podendo diferenciar metástases cerebrais com outras lesões do sistema nervoso central, mediante as imagens à detecção de presença de múltiplas lesões, localização, margens da lesão e detalhamento anatômico, tornando-se elementar para diagnóstico. Há casos em que metástases cerebrais de tumores malignos primários não são detectadas por imagem, prosseguindo para biópsia como método de avaliação. (BISPO et al., 2013)

Como meio de diagnóstico hematoma sólido é um dos padrões para achados tomográficos, onde a inserção do contraste produz um realce tumoral na periferia ou contíguo do hematoma, sendo comum em metástases. (OLIVEIRA; PELAIZ; CARRETE JR, 2000)

Outro meio de análise é o PET/CT, tomografia por emissão de pósitrons tem por indicação a análise do estadiamento da TNM

(tumor-nódulo-metástase) sendo um método não invasivo, uma junção de Medicina Nuclear com Radiologia, onde apenas a Tomografia Computadorizada não é capaz de detectar. Esse método de diagnóstico utiliza radiofármaco FDG, em razão do alto consumo neural de glicose nas células normais do sistema nervoso central, com PET/TC para a investigação de lesões cerebrais, o método era limitado, pensando nisso, um traçador alternativo pode ser usado como ¹¹C-metionina. (HOCHHEGGER et al., 2015)

De acordo com Davey P., a ressonância magnética com contraste utilizando gadolínio é considerada o método de para avaliação de suspeitas lesões, útil nos pacientes com imagem tomográfica incerta ou em localização que não é bem visibilizada por TC, indicada essencialmente para evitar o risco de anafilaxia pelo contraste iodado. (SANTOS et al., 2001)

Tumores malignos como metástases têm por indicação a radiocirurgia, através da performance de status do paciente, denominada também como Karnofsky. Em algumas situações utiliza de forma paliativa suplementar, para condições de metástases de alto grau com localização de alto risco para cirurgias. (CANTEIRAS, 2005)

TRATAMENTO

As metástases cerebrais quando as lesões são sintomáticas, quando não tratadas a sobrevida do paciente é de aproximadamente (sete) 07 semanas, deste modo à causa morte são herniação cerebral quando a pressão intracraniana esta muito elevada e parte do cérebro é pressionado nas paredes do crânio ou por distúrbios

metabólicos e infecciosos. Contudo quando há tratamento a qualidade de vida do paciente é melhor e sobrevida é maior. (SANTOS; FRANCO; BORGES, 2001)

Existem duas etapas para o tratamento de metástase que são primordiais. O primeiro deles é o tratamento sintomático, que é a estabilização dos pacientes em quadros mais críticos com usos de corticosteroides, cujo é utilizado desde (mil, novecentos e sessenta) 1960, que proporciona uma melhora clínica dentro de (vinte e quatro) 24 horas a (quarenta e oito) 48 horas, normalmente é utilizado (dezesseis) 16mg/dia de dexametasona ou dose maiores, quando não há uma resposta efetiva dentro das (quarenta e oito) 48 horas. Todavia há contra indicações como: risco de úlcera péptica, hiperglicemia, miopia, hipertensão arterial, síndrome de Cushing, infecções oportunistas entre outros, por esse motivo o corticoide tem que ser reduzido gradativamente até uma dose mínima. Em alguns casos são utilizados drogas antiepiléticas (DAE) para tratamento ou como prevenção de uma futura crise de epilepsia, em casos de metástase de melanoma que há maior chance de crise, mas o uso ainda é controverso caso o paciente não tenha feito a cirurgia. A primeira droga escolhida quando o uso é indicado é fenitoína via venosa e tem menor efeito sedativo, entretanto há relatos de síndrome de Stevens-Johnson após a radioterapia, pois fenitoína pode estimular a proliferação linfocitária e a radioterapia diminui a atividade dos linfócitos T supressores, desse modo poderiam explicar o efeito sinérgico da fenitoína e radioterapia e aumentando a incidência da síndrome. (SANTOS; FRANCO; BORGES, 2001)

A radioterapia total (RCT) do crânio outra forma de tratamento sintomático utiliza a técnica de campos paralelos opostos com angulação de feixe para evitar irradiar o cristalino contralateral, incluindo os campos a fossa craniana anterior, média e posterior, com dose de (trinta) 30Gy em (dez) 10 frações diárias, (cinco) 05 dias por semana, da qual sua maior vantagem é tratar todas as lesões ao mesmo tempo. (FRANCO; OLIVEIRA; SOARES; TAKASHIMA, 2015)

A segunda etapa de tratamento é o específico, quando o paciente está em situação estável, contudo depende do número e o local da metástase, bem como o comportamento da neoplasia primária. As opções de tratamentos podem ser a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia total ou localizada e a radiocirurgia. (SANTOS; FRANCO; BORGES, 2001)

A cirurgia pode ser eletiva para lesão única quando é pouco radiosensível e para a doença sistêmica controlada, bem como, estabelecer e confirmar o diagnóstico (biópsia) e permitir o controle local tumoral. Com os avanços dos últimos anos tem permitindo o controle do local da neoplasia como a ressonância magnética intraoperatória, tem reduzido o número de morbidade, pois auxilia nas áreas eloquentes evitando sequelas neurológicas. Contudo os pacientes após a cirurgia necessitam fazer radioterapia. A radioterapia externa é indicada para pacientes com múltiplas metástases e pós-operatório, com uma dose total variando de (trinta) 30 a (quarenta) 45Gy, com duração de cinco a seis semanas. (SANTOS; FRANCO; BORGES, 2001; FRANCO; OLIVEIRA; SOARES; TAKASHIMA, 2014)

Outro método de tratamento é a quimioterapia, são medicamentos anticancerígenos para destruir células tumorais, porém atingem também células sadias do organismo, contudo admite-se que há limitações, pois as drogas não ultrapassariam a barreira hematoencefálica (BHE), além disto, a neoplasia cerebral se tornou resistente à quimioterapia porque o tumor primário já recebeu grandes doses de drogas quimioterápicas para controlar a doença. (SANTOS; FRANCO; BOTGES, 2001)

A radiocirurgia estereotáxica ou gamma-knife é uma opção terapêutica que nos últimos anos vem sendo muito utilizada, sendo uma modalidade para pacientes diagnosticados com (uma) 01 a (três) 03 lesões e de volume determinado, sendo aplicada para lesões inacessíveis. (FRANCO; OLIVEIRA; SOARES; TAKASHIMA, 2014)

A radiação ionizante são ondas eletromagnéticas com energia suficiente de fazer os elétrons das orbitas dos átomos e moléculas se desprendem, alterando assim sua estrutura, esse processo é chamado de ionização tornando-se eletricamente carregados. Existem as seguintes radiações ionizantes: alfa (α), beta (β) e gama (γ) que são produzidas por núcleos instáveis e raios x que são produzidos com elétrons em alta velocidade, cujo se chocam com alvo produzindo assim a radiação. (SIEMENS, 2013)

É de suma importância à radiação ionizante nos dias atuais no caso dos profissionais da saúde para procedimentos de diagnósticos e tratamentos. O espectro das ondas eletromagnéticas dos fótons de raios x e gama podem atravessar um meio sem

interagir e por esse motivo há necessidade de proteção radiológica que dita às regras ao nível de radiação que a pessoa exposta pode receber. (OKUNDO, 2013)

De acordo com Okundo, os efeitos biológicos da radiação ionizantes são diversos, atualmente existem terapias com exposição à radiação para o tratamento do câncer, que os efeitos são divididos em duas categorias: determinístico que são imediatos, como queimaduras por radiação ou morte de tecido e efeito estocástico relacionado à mutação do código genético das células. (OKUNDO, 2013)

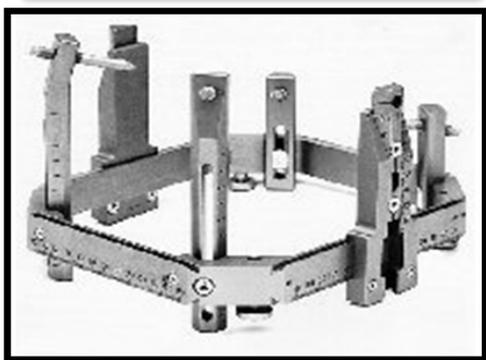
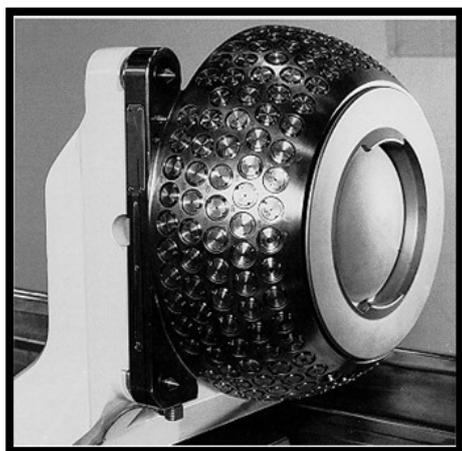
RADIOCIRURGIA

O termo radiocirurgia é determinado por um tratamento de dose única com radiação ionizante para uma lesão, que será atingida de forma precisa para que se consiga resultado sem que os tecidos adjacentes sejam atingidos com a radiação. (CANTEIRAS, 2005)

O conceito foi introduzido pelo neurocirurgião sueco Lars Leksell em (mil, novecentos e cinquenta e dois) 1952, cuja foi o mesmo que criou em (mil, novecentos e quarenta e nove) 1949 o Sistema Leksell de Micro-Estereotaxia que são agulhas de estereotaxia que fossem introduzidas no cérebro sem visão introduzindo cânulas ou eletrodos. Durante anos, estudou junto com o biofísico Börje Larsson uma maneira de acoplar junto ao sistema uma fonte de radiação para atingir a estrutura desejada e provocar lesões agressivas com finalidade de tratamento para doenças neurológicas. Antes de tudo prosseguiu com aparelho de ortovoltagem de raios x, mas não obtiveram sucesso e durante os anos (cinquenta) 50 e

(sessenta) 60, após várias pesquisas foram conduzidos como equipamento ideal os aceleradores lineares e cíclotrons, entretanto não lhe permitiam naquele tempo suficiente precisão e segurança para o tratamento. No ano de (mil, novecentos e sessenta e oito) 1968, surgiu o primeiro protótipo de Gamma Knife (Figura 1 e 2) como decorrência dessas pesquisas, no qual utilizava (cento e setenta e nove) 179 fontes de Cobalto 60, instalado em Estocolmo no Hospital Sophiahemmet. O segundo protótipo foi instalado no Instituto Karolinska em (mil, novecentos e setenta e quatro) 1974 com (duzentos e um) 201 fontes, com algumas modificações porque permitia tratar outras lesões além de procedimentos neurocirúrgico. A empresa fabricante é a Elektra dos aparelhos Gamma Knife, cuja maioria é a serviço de neurocirurgia. (CANTEIRAS, 2005)

Figura 1. Gama Knife e quadro estereotáxico



Fonte: (MONTAGNO; SABBATINI, 1997).

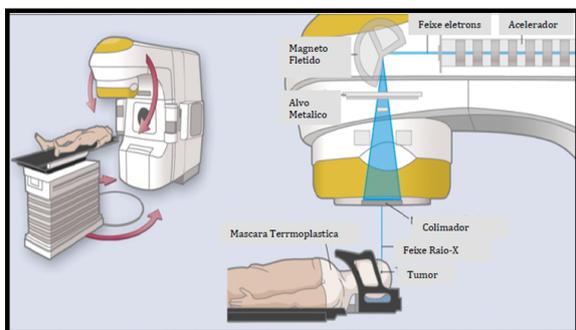
Os aceleradores lineares que normalmente comandados por serviços de radioterapia, desenvolveram um sistema próprio de estereotaxia e assim entraram no negócio de radiocirurgia, proporcionando tratamento para lesões maiores do qual se fraciona o tratamento, que foi nomeado de radioterapia estereotáxica fracionada. Os cíclotrons tem muita eficácia na radiocirurgia, por causa do seu decaimento de energia fora da lesão, porém o seu custo é alto. (CANTEIRAS, 2005)

A radiocirurgia é indicada quando os tumores são de acesso de alto risco cirúrgico ou que as condições do paciente sejam crítica para realizar tal procedimento. Mas em geral o tratamento é indicado para tumores benignos como meningiomas, schwannomas, craniofaringiomas, tumores na hipófise e glômico, sendo que o tamanho tumoral não pode ultrapassar de (três) 03cm de medida linear, no qual podem ser o tratamento complementar a cirurgia ou opção inicial. Utiliza-se também em metástase cerebral, contudo alguns fatores são levados em conta para sua eleição de tratamento como karnofsky do paciente. (CANTEIRAS, 2005)

De acordo com Freitas a radiocirurgia são múltiplos feixes de radiação ionizante que cruzam em um alvo bem definido (Figura 3), sendo que o principal fundamento é permitir altas doses de radiação apenas no tecido a ser operado, uma vez que as células forem ionizadas, há produções de íons orgânicos que são deletérios às células, produzindo danos irreparáveis as estruturas e causando a morte das células, com efeito destrutivo

preciso. (MONTAGNO; SABBATINI, 1997; FREITAS, 2015)

Figura 3. Esquema da técnica de radiocirurgia estereotática com acelerador linear, com múltiplos feixes convertidos em único alvo.



Fonte: (FREITAS, 2015)

Para haver sucesso no procedimento de neurocirurgia, é assistido por físicos especializados em medicina nuclear para indicar qual a melhor radiação a ser utilizada e como será liberada. Não é liberada em uma única sessão massiva, pois causa efeitos colaterais indesejáveis ao paciente, usualmente são fracionadas várias sessões de durações menores e dose de energia, cujo procedimento é chamado de radiocirurgia de dose fracionada. Mesmo em intervalos o efeito ionizante se acumula no tecido, contemplando os mesmos resultados, entretanto com menos consequências para o paciente. (MONTAGNO; SABBATINI, 1997)

Há um planejamento de mapa de isodose que é o planejamento da dosagem e incidência da radiação, desenhando linhas sobre a cabeça do paciente e unido as informações da localização das metástases que são obtidas através das tomografias computadorizadas, que são alimentadas por software computadorizados de planejamento. Utilizam-se dois tipos de radiações nêutrons e raios gamas. Os raios gamas são produzidos

por feixes fixos de cobalto radioativo, denominado de Gamma Knife que é indicado para isocentros com mais de (trinta) 30mm, ou seja, pequenas lesões. A radiação gama também é utilizada em acelerador linear que é utilizado em um dispositivo universal de radioterapia, como o Linac que é um tubo emissor de raios gama, com energia de (quatro) 04, (seis) 06 ou (dezoito) 18 elétron-volt (MeV), cujo gantry pode mecanicamente rodar em torno do paciente (trezentos e sessenta) 360 graus e mesa tem comando angulares, permitindo o planejamento do volume computadorizado do local que irá irradiar sendo lesões até (quarenta) 40mm de diâmetro. (MONTAGNO; SABBATINI, 1997)

As terapias por captura de nêutrons (TCN) que utiliza ciclotrons para lesões tratáveis com (cem) 100mm de diâmetro, o paciente recebe um fármaco intravenoso de ^{10}B , que é mais propenso a acumular células cancerígenas, logo após recebe um feixe de nêutrons. O átomo de Boro captura nêutron, tornando-se um isótopo instável, dessa maneira radioativo, decaindo por fissão nuclear que possuem energia suficiente para morte celular. (MACHADO; FORTES; TIJERO, 2011)

CONCLUSÃO

Baseados em pesquisas verificamos que a metástase cerebral é uma das mais temíveis das neoplasias por acometer de forma severa a vida do paciente, sem grandes esperanças de uma cura. A Radiocirurgia que é um tratamento que utiliza radiação ionizante em doses fracionadas diretamente com metástase cerebral, no qual não é invasiva, isto é, por não ser tão agressiva ao paciente,

como uma cirurgia ou a radioterapia total que causam sequelas, sendo que na maioria dos casos servem apenas como um tratamento paliativo. Em geral é uma enfermidade em que o paciente sofre do início ao fim esperando um milagre.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, S.; LIMA, T.; DIAS, M. Tratamento cirúrgico de metástases cerebrais e cancro de mama. **Acta Obstet Ginecol Port.** v.06, n.03, p.111-117, 2012.

CANTEIRAS, M. M. Radiocirurgia. **Revista Neurociência.** v.13, n.04, p.190-195, 2006.

FRANCO, R. C. O.; et al. Radioterapia no tratamento das metástase cerebrais. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia.** v.34, n.01, p.44-48, 2015.

FREITAS, D. B. A. **Avaliação das metástases encefálicas antes e após radiocirurgia através de técnica de permeabilidade por ressonância magnética**, 2015.

GOMES, J. C.; et al. Tratamento radiocirúrgico de metástases cerebrais: a relação da histologia, localização cerebral e sintomas. **Saúde & tecnologia.** v.07, p.28-32, 2012

MALDAUN, M. V. C. **Radiocirurgia no tratamento de metástases cerebrais: resposta terapêutica e complicações baseadas na localização da lesão.** 2006

MONTAGNO, E. A.; SABBATINI, R. M. E. Radiocirurgia. **Revista “Cerebro & Mente”**, 1997.

MOREIRA, J. V. A., **Radiobiologia – efeito das radiações ionizantes na célula – e formas de protecção das radiações ionizantes.** 2011.

OKUNDO, E. **Efeitos biológicos das radiações ionizantes. Acidente radiológico de Goiânia.** 2013

OLIVEIRA, P. A. L.; PELAIZ, M.P; CARRETE JUNIOR, H. Hemorragia Cerebral Intratumoral. **Revista Neurociência.** v.08, n.03, p.128-131, 2000.

ONISHI, F. J.; et al. Tratamento Cirúrgico de Metástases Intercranianas. **Revista Neurociência.** v.13, n.01, p.11-16, 2005.

SANTOS, A. J.; et al. Metástase cerebrais. **Revista Neurociência.** v.09, n.01, p.20-26, 2001.

SIEMENS HEALTHINEERS. **Entendendo a radiação médica:** Radiação ionizante, 2013. Disponível em: <<http://www.radiacao-medica.com.br/dados-sobre-radiacao/o-que-e-radiacao/radiacao-ionizante/>>. Acesso em: 16 de Nov. 2019.

UMA PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CURSO TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

Ana Claudia Carelle¹, Eliane Cristina dos Santos²

¹ Mestre em Educação (UNICID); nutricionista; pedagoga; pós-graduada em Educação Inclusiva (UNICID); pós-graduada em Educação para o Ensino Superior (Universidade Futura); pós-graduada em Gestão Escolar (Unoeste); licenciada para área de saúde (FATEC); docente da ETEC de Guaianazes – Centro Paula Souza.

² Nutricionista; pedagoga; pós-graduada em empreendedorismo e práticas gastronômicas e gastronomia funcional (FAMESP); pós-graduada em educação para o ensino superior (UNINOVE); licenciada para área de saúde (FATEC); coordenadora dos cursos técnico em nutrição e dietética e superior em gastronomia e pós-graduação em Alimentos Funcionais (Centro de Ensino Método/FAMESP) e docente das instituições ETEC de Guaianazes; Centro Paula Souza; Universidade Anhanguera; e FAMESP.

RESUMO

Este trabalho apresenta resultados obtidos pela exploração de dados gerados pelo Sistema de Avaliação Institucional WebSai, aplicado em 39 escolas do Estado de São Paulo, dirigidas pelo Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CEETEPS), uma autarquia do governo do estado de São Paulo vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Econômico. O objetivo foi analisar as respostas de 9804 estudantes declaradas em um questionário sobre os componentes curriculares do Curso Técnico em Nutrição e Dietética, aplicadas nos anos de 2016 e 2017. O propósito da análise do WebSai é propor a utilização de informações científicas, visando à elaboração de um modelo de acompanhamento e avaliação com vistas à transformação de uma avaliação de produto – dados gerados pelo WebSAI – em uma avaliação formativa, auxiliando a coordenação do curso no encaminhamento da tomada de decisões visando ao aperfeiçoamento do trabalho educativo.

Palavras-chave: Avaliação institucional. Curso técnico em nutrição e dietética. Língua materna.

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta resultados obtidos pela exploração de dados gerados pelo Sistema de Avaliação Institucional (WebSai), aplicado em 39 escolas do estado de São Paulo, dirigidas pelo Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CEETEPS), uma autarquia do governo do estado de São Paulo vinculada à Secretaria de Desenvolvimento Econômico. O objetivo foi analisar as respostas de 9804 estudantes declaradas em um questionário sobre os componentes curriculares do curso técnico em Nutrição e Dietética, aplicadas nos anos de 2016 e 2017. O propósito da análise do

WebSai é propor a utilização de informações científicas, visando à elaboração de um modelo de acompanhamento e avaliação com vistas à transformação de uma avaliação de produto – dados gerados pelo WebSAI – em uma avaliação formativa, auxiliando à coordenação do curso no encaminhamento da tomada de decisões e visando ao aperfeiçoamento do trabalho educativo. O WebSAI tem como pressuposto a participação dos *stakeholders*, ou seja: diretores, funcionários, coordenadores, professores, alunos e egressos, bem como pais de alunos menores de idade, sendo, dessa forma, bem retratado como “processo participativo e

democrático, no qual todos se compreendem com agentes de um movimento de atualização e tonificação das prioridades científico-tecnológicas e pedagógicas” (SOBRINHO, 2000b, p.16). Esse processo se justifica pelos investimentos econômicos e pelos esforços de diferentes grupos de trabalho e que, portanto, devem ser utilizados de forma intencional e responsável para o benefício do todo. A avaliação institucional tem como função inquirir e perscrutar, por meio de visões e pontos de vistas diferentes ou semelhantes, a realidade da instituição para um determinado fim, pois essa realidade não está objetivamente externa a ela, mas construída pelas pessoas, normalmente sob a influência de uma série de fatores sociais e culturais que geram construções compartilhadas (GUBA; LINCOLN, 2011). Nesse sentido, é importante compreender a importância dessa avaliação institucional no âmbito dos cursos relacionados à área de saúde, já que apresentam peculiaridades inerentes ao campo de atuação, sendo que a formação desse profissional impactará diretamente a qualidade de sua atuação a serviço da população.

DESENVOLVIMENTO

A metodologia orientou que os respondentes definissem, por meio de questões objetivas, dentre seis componentes curriculares, ministrados no primeiro módulo do curso, aqueles considerados de maior dificuldade para a aprendizagem. Os resultados indicam que *Linguagem, trabalho e tecnologia*, componente curricular de base da língua materna, foi identificado como aquele de maior dificuldade pelos estudantes do

ensino profissionalizante de nível médio, sendo que 3017 alunos (36,7% – analisados em 2016) e 3323 alunos (37,87% – analisados em 2017) apresentam dificuldade de aprendizagem, sendo apresentada, por questões objetivas, as principais razões dessa dificuldade: Não gostarem do componente, da falta de clareza nas exposições do professor, não terem base suficiente, falta preparo nas aulas, falta motivação ao professor, exige muito tempo de estudo, não há relação entre o que é ensinado e a prática profissional, julga que o conteúdo não é importante para minha formação profissional, o que o professor cobra não coincide com o que foi ensinado, há pouco equipamento para muitos alunos, o professor é especialista em outra área, exige muito trabalho extraclasse, há equipamentos que não funcionam.

De acordo com as análises desses resultados, cabe uma investigação mais apurada e uma reflexão:

Quando nos deparamos com questões que cercam o ensino de língua materna, logo nos é lembrado, *a priori*, mas não em termos gerais, a ineficácia e precariedade que se encontra o ensino de língua portuguesa no país, justamente porque a língua, que é vista como parte essencial de nossas interações e posições sociais, na escola, lugar que deveria sempre ser um espaço cultural de todos, é colocada e ensinada em um contexto que parece descontextualizar o próprio aluno (DIAS; PINTO, 2011). “Observa-se que a sistemática que rege a aprendizagem [...] não deve, mas se restringir à formação convencional [...]. Entretanto, a dinâmica ensino/aprendizagem está, ainda, comprometida pelas próprias características

das tendências curriculares” (WERMELINGER et al, 2007, p.218).Após a análise de todo o contexto apresentado, é importante salientar a necessidade de uma intervenção no que diz respeito à reestruturação curricular e/ou capacitação com os docentes que lecionam o componente de *Linguagem, trabalho e tecnológico* curso Técnico em Nutrição e Dietética para que haja eficiência nas suas atividades e revertam as razões mencionadas do porquê o componente curricular *Linguagem trabalho e tecnologia* estar ranqueado nos anos em que os questionários foram aplicados, liderando a lista do componente de menor aprendizagem.

A língua é, com certeza, a maior fonte de ideologias e a melhor forma de expressá-las. No entanto, o ensino que se privilegia na escola ainda está sobre o âmbito da gramática e, assim, faz com que limite os alunos e crie pré-conceitos sobre o falar e o escrever mais adequado, desconsiderando o que o aluno possui sobre o conhecimento do mundo. (DIAS; PINTO, 2011, p. 898)

CONSIDERAÇÕES

É relevante registrar que estudantes do ensino médio apresentam ainda, no fim da educação básica, dificuldades de operarem com a língua materna, resultado, como hipótese, da ineficácia e precariedade em que se encontra o ensino de língua portuguesa no país.

É sabido que inúmeras estratégias são realizadas por diversas instituições de ensino para evidenciar as suas fragilidades e pontos positivos no que tange ao trabalho programado, executado e entregue para os seus alunos (clientes), porém se entende que todos os instrumentos utilizados não conseguem trazer a veracidade dos seus resultados na sua totalidade e confiabilidade,

uma vez que os discentes responsáveis e produtores das respostas poderão respondê-las, sendo influenciados por inúmeros fatores e variáveis nos aspectos ligados às condições cognitivo-afetivas, ofertando por sua vez respostas subjetivas (SOARES; ALMEIDA, 2011).

Vale ressaltar que as instituições de ensino poderão garantir uma melhor satisfação dos alunos quando, por sua vez, conseguirem contribuir para uma melhora do ambiente escolar na visão do aluno e as experiências vividas por esses discentes (SANTOS; SUEHIRO, 2007).

Evidenciar as satisfações ou talvez as insatisfações dos discentes poderão ser excelentes instrumentos para melhora contínua das atividades e programações para futuras atividades acadêmicas, norteando ao corpo diretivo para a melhor conduta metodológica dos docentes, além dos serviços gerais executados na instituição (SCHLEICH; POLYDORO; SANTOS, 2006).

É de suma importância que os gestores educacionais possam conhecer os modelos técnicos de satisfação, pois, por meio dos instrumentos de avaliações institucionalizados, poderão propiciar maiores conhecimentos referente aos gerenciamentos e à melhora das ações em aspectos específicos e próximos como o plano pedagógico curricular, trabalho e proximidade dos docentes, ambiente escolar e outros fatores que poderão estar constituídos no universo escolar e institucional (SISTO et al., 2008). Já os autores Czapiewski, Lima e Sumiya (2010) determinam que novos instrumentos de avaliação que ainda poderão ser criados auxiliarão na melhora e na

adaptação das circunstâncias que as possíveis mudanças, estratégias e evoluções no contexto acadêmico poderão determinar e demonstrar para os alunos e os gestores das unidades de ensino.

A satisfação dos alunos poderão determinar resultados positivos e negativos e, frente aos resultados, as instituições poderão agregar conhecimentos dos perfis acadêmicos, uma vez que a satisfação poderá ainda ser capaz de mensurar as relações humanas, recursos, instalações da instituição, qualidade dos docentes, conteúdos ministrados e outros (RODRIGUES, 2018).

É de grande valia entender que, para as instituições possuírem bons resultados em suas devidas avaliações, será necessário compreender que deverão, de forma significativa, alterar os seus procedimentos e investimentos no que tange à formação do corpo docente, estrutura física e ainda recursos que, com toda certeza, contribuirão para o melhor e maior acolhimento dos alunos (ALBUQUERQUE et al., 2019), sendo esses pontos ainda considerados como ótimos indicadores de sucesso qualitativo nas devidas ações institucionais (ALMEIDA et al., 2020).

É importante entender que a satisfação do corpo docente poderá ser de grande valia para o sucesso da satisfação dos alunos, uma vez que estes estão totalmente ligados com as atividades diárias e determinadas para todo o corpo de alunos (LOPES et al., 2019). As instituições de ensino deverão buscar sempre novos critérios para o auxílio e o levantamento dos melhores e fiéis resultados (DUARTE; VIEIRA; SILVA, 2014). Segundo Bardagi e Hutz (2010), os alunos que apresentam os maiores índices de satisfações normalmente

possuem menores chances de evadirem dos cursos além de possuírem maiores envolvimento com as atividades demonstradas por toda instituição, favorecendo e contribuindo para um melhor rendimento da carreira escolhida.

Vale ressaltar que, em vários países, as instituições possuem a preocupação referente aos serviços prestados e organizados para os estudantes e, por essa razão, também utilizam métodos de satisfação, sugerindo os levantamento das respostas e experiências dos alunos por meio da mensuração de diversos aspectos, sendo o levantamento dos pontos fundamentais da instituição de ensino avaliada como o estabelecimento das relações entre professores, colegas e colaboradores, além de esferas externas como os pais ou acompanhantes e ainda a relação dos alunos com a instituição. Já Osti e colaboradores (2020) sugerem que as instituições realizem pesquisas de satisfações acadêmicas específicas para cada tipo de curso e especificidades que poderão evidenciar resultados diferentes devido aos variados perfis do corpo docente. Para Pouzada, Almeida e Vansconcelos (2002), a satisfação acadêmica é um tema relevante para as grandes e preocupadas instituições escolares que possuem metas especiais na melhoria contínua e organizacional.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L. G. M. et al. Satisfação com a experiência acadêmica entre estudantes de medicina. **Educação em Saúde** 2019, p. 101-110.
- ALMEIDA, L. et al. Satisfação no domínio acadêmico em universitários portugueses.

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP, N. 54, V.1, 93-101, 2020.

BARDAGI, M.P.; HUTZ, C. S. Satisfação de vida, comprometimento com a carreira e exploração vocacional em estudantes universitários. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, 2010.

CZAPIEVKI, F.N.; LIMA, J.; SUMIYA, A. Escalas de satisfação acadêmica: revisão de literatura. **Anais do XIX EAIC – 28 a 30 de outubro de 2010**, UNICENTRO, Guarapuava.

DIAS, E.; PINTO, D. C. Reflexões sobre a prática de ensino de língua portuguesa. In: SIELP, V.1, N. 1, 2011, Uberlândia, EDUF. **Anais.** Disponível

em: http://www.ileel.ufu.br/anaisdosielp/wp-content/uploads/2014/06/volume_1_artigo_030.pdf. Acesso em: 14 de jun. 2019.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação institucional: marcos teóricos e políticos. **Avaliação - Revista da Avaliação da Educação Superior**, v. 1, n. 1, 28 jun. 2012. Disponível em:

<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/722/pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Universidades: processos de socialização e processos pedagógicos. In: BALZAN, N.C.; DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação institucional: teorias e experiências**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000a.

_____. **Avaliação da educação superior**. Petrópolis: Vozes, 2000b.

DUARTE, A.L.F.; VIEIRA, P.R.C.; SILVA, A. C.M. Satisfação do usuário de sistema de informação acadêmica: pesquisa com utilização de indicadores formativos. **Revista ADM.MADE**, Rio de Janeiro, ano 14, v.18, n.3, p.97-121, set./dez., 2014.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.

LOPES, L. Ret al. Avaliação da satisfação acadêmica, expectativa de futuro e motivação acadêmica em estudantes de graduação do Instituto Federal de Rondônia Campus Ariquemes. **ADSJ South American Development Society Journal**. V.5.N. 14. Ano 2019.

RODRIGUES, M. D.L. **Depressão e sua relação com satisfação acadêmica: construção de uma escala**. 2018. 31f. Monografia (Graduação em Psicopedagogia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

OSTI, A. et al. Satisfação acadêmica: pesquisa com estudantes brasileiros de uma universidade pública. **Revista E-Psi**, 9(1), 94-106, 2020.

POUZADA, A.S.; ALMEIDA, L.S.; VASCONCELOS, R.M. **Adaptação e satisfação da vida acadêmica: apresentação e validação do questionário de satisfação acadêmica**. Contextos e dinâmicas da vida acadêmica. Guimarães, 2002.

SANTOS, A.A.A.; SUEHIRO, A.C.B. Instrumentos de avaliação da integração e da satisfação acadêmica. **Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación**. V. 14, 1, Ano 11º, 2007.

SCHLEICH, A.L.R.; POLYDORO, S.A.J.; SANTOS, A.A.A.V. Escala acadêmica de estudantes do ensino superior. **Avaliação Psicológica**, 2006, 5(1), p. 11-20. Caminas.

SISTO, F.F. et al. Estudo para a construção de uma escala de satisfação acadêmica para universitários. **Avaliação Psicológica**, 2008, 7(1), p. 45-55.

SOARES, A. P.; ALMEIDA, L. S. Questionário de satisfação acadêmica. In: MACHADO, C. et al (Eds.). **Instrumentos e contextos de avaliação psicológica**. Coimbra: Almedina: 2011. p. 103-124.

WEBSAI. **Relatório de desempenho por curso**. 2016/2017. Disponível em: <https://websai.cps.sp.gov.br/Autenticacao/Default.aspx>. Acesso em: 10 dez. 2020.

WERMELINGER, M.; MACHADO, M. H.; AMÂNCIO FILHO, A. Políticas de educação profissional: referências e perspectivas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v.15, n. 55, abril-junho, 2007, p.207-222 – Fundação Cesgranio – R.J. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v15n55/a03v1555.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

A IMPORTÂNCIA DO PEDAGOGO NA CLASSE HOSPITALAR

Thais Moreira Gaba¹, Karla Merida Salvatierra¹ e Luciene Pereira da Cruz Silva¹

¹ Pós-graduandas em Pedagogia Hospitalar pela Faculdade Método de São Paulo.

RESUMO

No contexto hodierno, a Pedagogia deixou de ser apenas um curso para profissionais que atuam na área da educação formal, pois se confirma estar mais inserida no mercado e trabalhar com a formação de equipes multiprofissionais para atender às necessidades da sociedade nas diferentes formas de educação, também na área hospitalar. Para tanto, tem-se como objetivo geral analisar as configurações atuais da educação hospitalar no Brasil. A metodologia utilizada neste estudo é a pesquisa bibliográfica baseada em materiais escritos como artigos, livros, teses e monografias. Em conclusão, é de fundamental importância a formação de educadores para atuar em diferentes contextos sociais, inclusive na classe hospitalar, uma vez que o trabalho social do pedagogo em todo o ambiente hospitalar também contribui para o processo de humanização hospitalar e atua como ator social em prol dos familiares que acompanham o paciente no hospital.

Palavras-chave: Pedagogia. Classe hospitalar. Pedagogo.

INTRODUÇÃO

No contexto hodierno, a Pedagogia deixou de ser apenas um curso para profissionais que atuam na área da educação formal, pois se confirma estar mais inserida no mercado e trabalhar com a formação de equipes multiprofissionais para atender às necessidades da sociedade nas diferentes formas de educação, também na área hospitalar. Tais aspectos possibilitaram uma ampla variedade de ações nas organizações e o diálogo com áreas afins do conhecimento científico seja na escola, nas redes públicas e privadas de ensino, nas empresas, nos hospitais, nas Organizações Não Governamentais (ONG) ou em locais que necessitem de apoio educacional.

O problema de pesquisa, portanto, é norteado pelas seguintes questões, que são abordadas no decorrer deste estudo: quais as atribuições do pedagogo no ambiente hospitalar? Quais as contribuições do pedagogo em classes de hospitais? Por fim, o que é preciso para o pedagogo atuar no ambiente hospitalar?

Para tanto, tem-se como objetivo geral analisar as configurações atuais da educação hospitalar no Brasil. Especificamente buscou-se descrever as contribuições da educação hospitalar para o desenvolvimento integral dos discentes discutir como as atividades educacionais acontecem no contexto hospitalar; e caracterizar o perfil do pedagogo para desempenho em uma classe de hospital.

A metodologia utilizada neste estudo é a pesquisa bibliográfica baseada em materiais escritos como artigos, livros, teses e monografias. Tal pesquisa visa conhecer as diferentes contribuições científicas sobre um determinado tema em diferentes materiais para que o tema seja muito mais aprofundado e consistente em sua base teórica (GIL, 2007). Portanto, a leitura, o fichamento e a análise de periódicos impressos ou on-line foram utilizadas para formar o referencial teórico, levando em consideração os principais autores que se detêm a estudar o problema pesquisado. Para o tipo de abordagem, optou-se por uma pesquisa qualitativa que não trate da representatividade numérica, mas, entre outras coisas, do aprofundamento da compreensão de um grupo social, uma organização.

Neste estudo, o fichamento será utilizado como base de coleta de dados que, segundo Oliveira (2010, p. 113), “é um registro do material em estudo, o que possibilita ao pesquisador consultar um determinado aspecto do tema no futuro [...]”. Pensando nisso, essa técnica de pesquisa é a primeira forma de organizar os dados que fazem parte da busca efetiva de materiais utilizados na pesquisa bibliográfica para facilitar o acesso aos dados da pesquisa.

Nesse sentido, o tema desta pesquisa é relevante, pois é de fundamental importância a formação de educadores para atuar em diferentes contextos sociais, a fim de ampliar a visão de mundo desse profissional quanto à sua

empregabilidade e atuação nos diversos mercados de trabalho com perspectivas de sucesso tanto para o educador hospitalar quanto para as instituições de saúde que empregam esse profissional.

Cabe ao pedagogo hospitalar garantir as condições para o acompanhamento do desenvolvimento cognitivo da criança por meio do envolvimento, socialização e mediação no processo ensino-aprendizagem com atividades lúdicas para a infância. Nesse sentido, a pesquisa sobre a formação de professores para o trabalho escolar hospitalar é de extrema importância no contexto atual.

A PEDAGOGIA

A conceituação do termo Pedagogia é discutida por diversos autores da área. Logo, faz-se necessária uma breve definição, ainda que curta, para se ter uma boa compreensão dos temas que surgiram no decorrer deste trabalho devido às diversas linhas pedagógicas de ensino-aprendizagem e suas ambiguidades. Para se discutir a Pedagogia, é fundamental destacar que o processo educacional sempre esteve presente nas civilizações desde o seu início.

Segundo Saviani (2007), o conceito de Pedagogia engloba uma definição que se desenvolveu, no contexto da filosofia, e que foi elaborada de acordo com a ética que norteia a atividade educativa. Em um sentido empírico, esse campo do conhecimento é entendido como uma formação para a vida que reforça o aspecto

metodológico da etimologia e como meio de orientar a criança nesse processo.

A Pedagogia caracteriza-se como ciência, nesse contexto, com sua disciplina e seu processo teórico-metodológico, que é o ato pedagógico, pois caracteriza a função do educador (LIBÂNEO, 2010). Portanto, é importante ter uma compreensão clara do que fazer nas salas, dentro ou fora da escola, ato educativo que não se limite à função docente e seja compreendido apenas na perspectiva do professor.

Libâneo (2010, p. 40) observa que “as novas teorias educacionais começaram a se espalhar nos Estados Unidos na década de 1950 e foram caracterizadas pelo termo “tecnicismo educacional””. Essas novas teorias educacionais refletem diretamente a educação do educador, passando a valer, desde 1968, a Lei 5.540 sobre a reforma da universidade, que coloca em vigor novas regulamentações para o curso de educação.

O Interval 1960-1964 caracterizou-se pela preparação de técnicos com o objetivo de alcançar a atratividade do modelo de desenvolvimento atual, que se caracterizava pela formação de técnicos em larga escala com vistas à modernização (BRZEZINSKI, 1996). Nesse contexto, fica claro que o curso de Pedagogia, bem como as demais áreas da educação foram norteadas pelas mudanças sociais, políticas e econômicas da época e, segundo o Parecer 251 de 1962, foram mantidas além da qualificação do pedagogo como técnico de educação. Nessa lógica, a formação se limitava a atender às necessidades do

sistema produtivo e preparar os alunos para o trabalho.

Normatizado pelo Parecer CFE n. 292/1962, o curso de Pedagogia passou a prever o estudo de três disciplinas: psicologia educacional, elementos da administração escolar, didática e prática na forma de estágio supervisionado. Existia então a dualidade, licenciatura e licenciatura em Pedagogia, embora de acordo com o previsto neste parecer não devesse haver ruptura entre conteúdos e métodos que se manifesta na estrutura curricular do sistema 3 + 1 de conhecimento, que consiste no estudo do curso escolhido durante três anos e, após isso, estudar mais um ano de disciplinas relacionadas à didática para que, então, completasse a licenciatura.

Com a criação do Instituto de Ensino Superior (IES), a formação de professores para os primeiros anos do ensino básico e para a educação infantil passou a ser oferecida também no curso superior normal, e as funções docentes não especificamente voltadas para o educador poderiam ser desempenhadas por profissionais formados em outras áreas em cursos de bacharelado e pós-graduação (TANURI, 2009). Vale lembrar que os egressos da educação do primeiro ciclo do ensino médio também obtiveram matrícula para lecionar matemática, história, geografia e ciências sociais (BRASIL, 2005).

Para Mazzotti (2009), a Pedagogia é uma ciência da prática pedagógica baseada em uma reflexão sistemática da respectiva tecnologia: a educação. O autor enfatiza

que se não se considera a Pedagogia como uma ciência da prática pedagógica, admite-se que toda prática humana é simplesmente constituída na arte.

Analisando essa questão por outra perspectiva, Saviani (2009) deixa claro que a imprecisão do termo Pedagogia, causada pela multiplicidade e complexidade de seus significados, dificulta a atribuição de alguma identidade particular ao curso. No entanto, isso não significa que o curso deva ser encerrado. Ao contrário, essas questões deveriam estimular o estudo para dar à Pedagogia o status de uma ciência educacional. Em sua proposta sobre a formação do educador, Saviani (2009) defende que o curso de Pedagogia deve proporcionar uma formação mais global e consistente. Pressupõe-se que o educador deve estar familiarizado com as várias teorias, dominar os pressupostos teóricos que os distinguem e dão sentido aos vários conteúdos pedagógicos.

Segundo Brzezinski (2010), os pedagogos começaram a se destacar no cenário brasileiro na década de 1980, não só por meio do diálogo, mas por meio de conflitos que representaram não apenas movimentos ou organizações, como também movimentos sociais que caminhavam na direção da democratização do discurso da resistência após o avanço do autoritarismo imposto pela ditadura militar. Apesar dos conflitos entre lideranças de professores, estudantes e governantes, bem como das tensões dentro dos movimentos, finalmente foi proposta em novembro de 1983, em Belo Horizonte, a reformulação dos cursos pedagógicos,

proposta que veio a ser conhecida como Documento Final de 1983 e serve de referência básica para o 1º Congresso Brasileiro de Educação na PUC de São Paulo e repassa as considerações sobre a formação de educadores.

A legislação vigente na forma de diretrizes curriculares do curso de Pedagogia (Resolução CNE/CP nº 1 de 15 de maio de 2006) indica a possível construção da identidade profissional do educador, documento baseado na atuação docente dos autores Libâneo, Franco e Pimenta. Outra questão destacada nas diretrizes é a confirmação da universidade como local privilegiado para a formação de professores. O curso dura de 2800 horas passa a contar com 3200 horas. O conceito de ensino pôde ser então expandido com as diretrizes. Nesse processo de mudanças em relação ao curso de Pedagogia, uma das maiores mudanças pode ser percebida como a mudança de enfoque do curso saindo do bacharelado e passando para licenciatura.

Franco (2008) acredita que o objetivo do curso de Pedagogia é a educação, e que a dimensão pedagógica que será objeto do curso de Pedagogia será a prática educativa que ele entende como realidade pedagógica. A prática educativa, diz a autora, é caracterizada pela ação deliberada e reflexiva de sua prática. Não tem lugar definido e pode aparecer na família, na empresa, na mídia ou onde houver intencionalidade. Portanto, para exercer o seu papel social, a Pedagogia deve ser definida como ciência própria, libertando-se dos pressupostos positivistas

e submetendo-se totalmente à epistemologia das ciências auxiliares.

O pedagogo deve então proporcionar condições para que todos os envolvidos no processo educativo se envolvam em reflexões teóricas sobre a prática, troca de experiências, observação e análise de problemas e soluções comuns, acompanhamento, leitura, debate e pesquisa sobre a prática pedagógica desenvolvida no processo educativo.

O PAPEL DO PEDAGOGO NA ATUALIDADE

O pedagogo deve proporcionar condições para que todos os envolvidos no processo educativo se envolvam em reflexões teóricas sobre a prática, troca de experiências, observação e análise de problemas e soluções comuns, acompanhamento, leitura, debate e pesquisa sobre a prática educativa desenvolvida no processo educativo.

A formação continuada é vista como um dos pré-requisitos necessários para o bom desenvolvimento dessa profissão no seu contexto global, seja na escola ou em contextos extracurriculares. É preciso abrir o espaço e analisar as diversas competências que o pedagogo traz para entender que essa profissão pode agregar e contribuir nos mais diversos contextos. É precisamente por esses aspectos que a formação dos pedagogos prepara, move e motiva os alunos para que trabalhem com materiais e pessoas de forma educativa e, assim, desenvolvam as suas competências educativas em benefício dos outros.

Segundo Melo (2012, p. 03): “a Pedagogia visa formar pessoas para adquirirem as qualidades humanas necessárias para a vida em sociedade diante de uma realidade em constante mudança”. A educação humana pode acontecer em todas as circunstâncias, na escola e fora dela. Para tanto, devem ser criadas condições que possibilitem ao educador colocar em prática seu referencial teórico.

Nesse sentido, a formação do pedagogo deve garantir a articulação entre o ensino, a gestão educacional e a produção do conhecimento no campo educacional, o que, por sua vez, limita a atuação desse profissional não apenas para a docência, mas também na gestão e no desenvolvimento de pesquisas para aprimorar a área de seu conhecimento. Após o aprendizado da teoria, o educador direciona sua prática e se torna um pesquisador de suas próprias ações, buscando repensar novas estratégias metodológicas a partir do conhecimento pedagógico.

O educador pode exercer profissionalmente funções docentes, organizar sistemas educacionais, unidades, projetos, bem como experiências escolares e extracurriculares, ou seja, articular projetos educacionais que proporcionem orientação e coordenação pedagógica, assessoria, avaliação e pesquisa educacional em diferentes salas. Na sociedade atual, não é possível traçar uma divisão rígida entre os espaços educacionais nas áreas emergentes da educação.

A FUNÇÃO SOCIAL DO PEDAGOGO

Partindo do pressuposto de que a educação está em toda parte e que a escola não é o único lugar onde isso pode acontecer e que a Pedagogia envolve o cuidado infantil, a atenção à infância e uma visão crítica do processo são fundamentais na atuação do pedagogo. No setor de educação, pode-se constatar que a ação dos pedagogos em áreas extracurriculares está se tornando cada vez mais comum.

A Resolução CNE/CP n. 1 amplia a capacidade de atuação do pedagogo e o artigo 4º, inciso IV, estipula que o pedagogo “pode trabalhar dentro e fora da escola para melhorar a aprendizagem de disciplinas em diferentes estágios do desenvolvimento humano promover níveis e modalidades do processo educacional” (BRASIL, 2006). Com uma boa preparação, o aluno poderá se adaptar às demandas da atualidade, pois a educação permeia todos os contextos sociais. Muitos desafios surgirão ao longo do caminho, mas se deve observar que existem em qualquer profissão. É preciso trabalhar muito para superá-los e sempre acreditar na possibilidade de desenvolvimento profissional. Logo, o educador precisa ser formado nessa perspectiva com opções e oportunidades de estágio curricular que leve em consideração a experiência da prática profissional em ambientes escolares e extracurriculares, visto que esse profissional passa por diversas transformações, muitas das quais envolvem mudanças no curso de Pedagogia.

Para Libâneo (2010), é unanimidade entre os estudiosos que as práticas educativas se estendem às mais diversas instâncias da vida social e, portanto, não se limitam à escola e muito menos ao ensino, embora esta deva ser a referência da educação do pedagogo. O campo de ação dos profissionais da educação é tão amplo quanto as práticas educativas na sociedade. Sua importância é notória graças a uma formação integral em que campos do conhecimento como história, psicologia, sociologia, filosofia e política preparam esse profissional para enfrentar a escola como ela é hoje: variada.

A escola é a instituição responsável pelo desenvolvimento da educação formal, cuja função inclui três vertentes na visão de Aquino (2010): o ensino epistêmico, que visa capacitar os alunos a construir conhecimentos por meio do trabalho do professor; a dimensão socializadora, a preparação do aluno-cidadão para a vida em grupo e em sociedade; e, por fim, a dimensão profissionalizante, que garante a qualificação do aluno para o mundo do trabalho.

Nessa perspectiva, deve haver uma relação entre a educação formal e informal de forma a gerar fatores positivos relacionados à sociedade, que necessariamente deve ser composta por cidadãos éticos, atuantes e participativos e conscientes de sua responsabilidade social. Trata-se, portanto, de derivar conhecimentos educacionais a partir da função social da escola (LIBÂNEO, 2010). Vinculado a formação inicial nos processos de formação continuada, o pedagogo

encontra a oportunidade de repensar sua prática pedagógica, construir sua identidade pessoal e profissional e tornar-se um profissional reflexivo.

Graciani (2009) concorda que é preciso pensar uma educação transformadora e que os alunos de Pedagogia também sejam formados para garantir uma educação de forma plena a segmentos historicamente excluídos dos direitos sociais, culturais, econômicos e sociais. Nessa concepção, o pedagogo, cuja formação e atuação estão voltadas para a vertente social, deve fornecer os meios necessários para que sujeitos historicamente excluídos tenham os pré-requisitos para adquirir consciência crítica no contexto em que estão inseridos e por meio de suas ações procurar conquistar seus direitos como cidadãos. Entende-se que a Pedagogia está inserida na educação que, por sua vez, desempenha um papel fundamental na constituição da sociedade.

Diante desse pensamento, nota-se que a Pedagogia busca sistematizar a educação e busca inovar os processos educativos nos mais diversos contextos, exclusivamente no contexto hospitalar, o que será tratado posteriormente e que trata da temática deste trabalho.

A HISTÓRIA DA PEDAGOGIA HOSPITALAR

Entende-se que a educação hospitalar é um ramo da educação fundamental para o aluno em ambiente hospitalar. No que se trabalha além das questões relacionadas à aprendizagem, é importante perceber o aluno de forma

ampla, utilizando a interação e os momentos agradáveis para o melhor desenvolvimento nos hospitais.

Segundo Santos e Souza (2009), a educação hospitalar, chamada de classe hospitalar, surgiu em Paris em 1935 sob o comando de Henri Sellier para ensinar crianças Portadoras de Necessidades Especiais. Esteves (2007) explica que, em 1939, na França, foi fundado o Centro Nacional de Estudos e Educação para Crianças Deficientes Suresnes, o CNEFEI. Esse centro foi projetado para treinar professores para trabalhar em hospitais e em locais onde viviam crianças especiais. Até hoje, o CNEFEI apoia estágios para professores, diretores de escolas, médicos de saúde escolar e assistentes sociais.

Conforme Lobo (2008), além disso, no mesmo ano, o Ministério da Educação da França criou o cargo de professor de hospital e embora países como Alemanha e Estados Unidos, contudo, também tenham começado a estabelecer classes hospitalares, um marco pode ser dado ao estabelecimento da educação em hospitais, qual seja, a Segunda Guerra Mundial. Como resultado dessa guerra, muitas crianças que não morreram tinham partes do corpo mutiladas e, como resultado, viviam longe da cidade. Para a sociedade, mostrar sinais de anormalidades óbvias em humanos era motivo de exclusão.

Essa realidade chegou ao Brasil no ano de 1950 no Rio de Janeiro, onde foram realizadas as primeiras práticas educativas brasileiras em educação hospitalar, sendo que o primeiro hospital infantil público a receber a Pedagogia hospitalar no país foi o

Hospital Municipal Jesus no dia 14 de agosto do referido ano, cuja primeira professora foi Lecy Rittmeyer, conforme explicam Santos e Souza (2009) em outra passagem. Essa data pode ser reconhecida como um marco na história da educação hospitalar no Brasil. Para consolidar essa conquista em solo brasileiro, segundo Santos e Souza (2009), outra professora, Ester Lemes Zaborowski, foi nomeada logo depois, em 1958, no mesmo hospital para oferecer atendimento educacional a crianças.

Os legisladores brasileiros aprovaram leis desde 1990 que apoiam o cuidado a pacientes hospitalares, especificamente com foco na criança e no atendimento educacional no contexto hospitalar. Regulamentação das práticas educacionais por meio de medidas públicas desenvolvidas pelo Ministério da Educação (MEC), política educacional no Brasil, por meio da Lei de Diretrizes e Fundamentos da Educação Nacional (LDBEN) e Política de Educação Especial, através da Secretaria de Educação Especial (SEESP) foram feitas para oficialização dessa modalidade de ensino e liderar ações para o seu desenvolvimento.

A denominada classe hospitalar no âmbito da Educação Especial nacional desde 1994 é uma sala dentro do ambiente hospitalar para o caso de internamento hospitalar temporário ou permanente, que garante a ligação à escola e/ou favorece o ingresso do educando ou regresso ao grupo escolar.

De acordo com a Constituição Federal (Art. 196), o direito à saúde deve

ser garantido por meio de uma política econômica e social que vise à universalização e igualdade de acesso às medidas e aos serviços, tanto para sua promoção quanto para sua proteção e restauração. Acredita-se que as medidas desenvolvidas por uma classe hospitalar não só garantem o direito à educação previsto na constituição brasileira e outros documentos citados acima, mas também contribuem de forma efetiva para a recuperação do paciente hospitalar, o que promove a saúde da mente e do corpo. Entendemos que a assistência à saúde não deve abranger apenas os aspectos biológicos da assistência médica tradicional para a doença.

Nessa perspectiva, a classe hospitalar, como serviço educativo-educacional, possibilita o aproveitamento da atuação desse profissional em ambientes onde ocorre o tratamento médico, uma vez que acompanha o currículo do aluno em ambiente hospitalar.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Capítulo II, Seção I, Artigo 90, a frequência escolar em classe hospitalar é garantida a toda criança em tratamento de longa duração: “As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, assim como pelo planejamento e execução de programas de proteção e socioeducativos destinados a crianças e adolescentes” (BRASIL, 2004, p. 104).

Essa diretriz prevê que o treinamento em hospitais seja realizado por meio da organização de turmas hospitalares, também chamadas de escolas

hospitalares. Essas unidades devem oferecer eventos educativos a todos os pacientes em idade escolar que se encontrem em situação de doença, sejam eles simples distúrbios do desenvolvimento ou mesmo situações de risco (FARIA, 2013).

No caso da educação hospitalar discutida neste artigo, embora já exista há algum tempo, os órgãos públicos brasileiros não incluíram o setor hospitalar em sua política pública de educação, fato que só aconteceu na década 1990. Atualmente faz parte do Atendimento Educacional Especializado (Resolução CNE/CEB nº 02/2001), pois atende a pessoas com necessidades educacionais especiais, seja para internações temporárias ou tratamentos mais prolongados.

Portanto, percebe-se a necessidade de uma qualificação mais específica do pedagogo para desenvolver ainda mais sua prática para o trabalho na classe hospitalar, tendo em vista que, para Fonseca (1998), esse ambiente é completamente diferente do da sala de aula regular, por isso, é necessário que esse profissional tenha habilidades, discernimento e flexibilidade para cumprir sua função.

Diante do exposto, pode-se verificar que a regulação da atividade pedagógica no ambiente hospitalar já pode ser implementada nas instituições de saúde, dado o espaço obrigatório para o desenvolvimento das atividades. Um espaço conquistado não só para o lúdico, mas também para a aprendizagem significativa de expressões sociais, culturais

e cognitivas. Sabe-se que crianças e adolescentes são protegidos por lei, mas nem todas as crianças têm esse direito respeitado, pois muitos hospitais não cumprem a legislação vigente. É importante mencionar que a Pedagogia hospitalar traz a visão humanística para a sua concepção, porque se dirige ao ser global e não apenas ao corpo e às necessidades físicas e sociais do indivíduo.

AS ATRIBUIÇÕES DO PEDAGOGO NOS HOSPITAIS

O pedagogo também é responsável por desenvolver atividades lúdicas que minimizem a ansiedade e o medo. Esses sentimentos são despertados nas crianças e nos adolescentes enfermos, especialmente nas crianças menores, diante da nova situação gerada pela doença, cujo cotidiano mudou drasticamente e lhes rouba a vida familiar, social e escolar. Como alguns estudos mostram, tais atividades lúdicas e educacionais refletem até a recuperação clínica do paciente.

Segundo Fontes (2005), a maioria dos professores que trabalha com crianças em hospitais tem formação de pós-graduação em educação, o que garante o nível crescente de qualidade dessa categoria por não haver formação profissional reconhecida pelo MEC. A autora ressalta, entretanto, que isso não é suficiente para dar suporte pedagógico-educacional a essa clientela. O professor de uma turma hospitalar necessita de uma formação especial nessa área do conhecimento, visto que, no contexto

hospitalar, existe uma infinidade de patologias infanto-juvenis que devem ser diferenciadas entre o tempo e o desempenho escolar. O educador integra ações políticas, educacionais, psicológicas, sociais e ideológicas em suas práticas, mas nenhuma delas deve ser tão persistente quanto a vontade de ser com e para o outro.

Outra característica fundamental do educador hospitalar é que ele possui equilíbrio emocional para lidar com diferentes situações, pois o paciente pode ter alta ou falecer inesperadamente. Dessa forma, a relevância do papel do educador no ambiente hospitalar inclui as funções descritas para que o processo ensino-aprendizagem possa funcionar de maneira adequada.

Ademais, na atuação do pedagogo hospitalar, o que deve ser ressaltado também diz respeito ao trabalho social deste com os familiares da criança ou adolescente hospitalizado ou sob cuidados domiciliares, visto que seus familiares ficam fragilizados e ansiosos diante da situação desencadeada pela doença que atinge o aluno.

Essas características pretendem contribuir com medidas que visem à continuidade do processo escolar e, portanto, tenham o aluno como elemento central. No entanto, atuar como pedagogo nesse ambiente requer cuidados especiais, pelo fato de que lidar com pessoas em estado de saúde debilitado é uma tarefa desafiadora, pois a doença afeta a autoestima e a socialização do doente e,

dependendo do caso, dificulta o processo de aprendizagem.

Matos e Mugiatti (2009) mencionam que a educação hospitalar é uma relação entre os profissionais da equipe da educação e saúde. Seu principal objetivo é desenvolver conhecimentos e habilidades de acordo com as especificações de cada aluno, levando em consideração suas necessidades e o processo escolar. Nesse sentido, a educação hospitalar visa garantir o direito de toda criança e jovem à cidadania, respeito e igualdade por meio da prática educativa em ambientes hospitalares.

Entretanto, para que o trabalho seja efetivo, é necessário prover aos educadores materiais e espaços adequados, pois a falta deles prejudica a qualidade do trabalho do educador hospitalar. Disponibilidade e idoneidade devem coincidir com o ano e a dificuldade do aluno. Vale ressaltar que o espaço promove um ambiente mais propício ao aprendizado, por isso, também precisam de adaptações, armários, mesas e cadeiras ou mesmo uma cama adaptada.

Fonseca (2008) aponta que um atendimento pedagógico-educacional em uma unidade hospitalar é realizado de forma consistente se o professor, ao sistematizar seu trabalho, proporcionar uma atuação comprometida e utilizar a observação como ferramenta para obter informações sobre os problemas que podem ser investigados ou respondidos por meio da observação natural (no momento da ocorrência sem interferência do observador). Esse profissional também

precisa realizar um planejamento diário com atividades que comecem e se adaptem no meio e no fim ao ambiente e aos materiais disponíveis. Tal estruturação deve ser completada com o cadastro e a avaliação dos trabalhos apresentados para que o relatório final seja mais bem elaborado após a alta e inclua toda a trajetória do aluno/paciente e o atendimento na classe hospitalar possa ser avaliado e reformulado, se necessário.

Dessa forma, conhecer os aspectos organizacionais do ambiente de ensino em hospitais oferece oportunidades para melhorar e aprimorar a organização da supervisão educacional em hospitais para garantir os direitos civis contidos nas leis que regulamentam o legislativo e reconhecem os direitos da criança em hospitais. No entanto, observam-se hospitais que não cumprem os requisitos legais, pois não oferecem serviços educativos em ambiente hospitalar, seja por meio de aulas em hospitais, brinquedotecas ou outras atividades lúdico-educativas.

O objetivo da educação hospitalar é, portanto, defender o direito de toda criança e adolescente e lutar pelo respeito e pela cidadania, tendo todos iguais oportunidades para superar as dificuldades e criar um ambiente propício de aprendizagem no qual o paciente deve estar integrado à situação do hospital.

PEDAGOGIA HOSPITALAR: REQUISITOS DE ATUAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES

A atuação do pedagogo no hospital varia de acordo com a patologia do paciente, pois alguns ficam fragilizados

para realizar determinadas atividades. Por isso, tal profissional poderá fazer ajustes para oferecer à criança ou ao jovem um momento de socialização, diversão e aprendizado. Quando o paciente é admitido no hospital, ele é privado de algumas atividades. Assim, o contato com outras crianças e as atividades do educador podem contribuir com sua permanência para que o tempo de internação seja menos doloroso.

No hospital, o paciente, muitas vezes, é visto apenas considerando a natureza da doença. Portanto, seu tratamento é unilateral, independentemente de sua vida social, afetiva e psicológica. Nesse contexto, o pedagogo está inserido para trabalhar o tema de forma holística e buscar formas de estimular a aprendizagem. Quando a criança dá entrada no hospital, sua vida muda, pois ela não vai mais à escola, não brincará com os colegas e ainda tem a doença. Portanto, a presença do pedagogo nesse ambiente é necessária de forma a contribuir para a adaptação e restauração da saúde do doente e, se possível, para permitir o desenvolvimento de atividades educativas.

A pesquisa nessa área é nova. Portanto, existem poucas publicações sobre o assunto. Também existem muitas dificuldades no mercado de trabalho, visto que alguns hospitais desconhecem esse tipo de atividade educadora e, por isso, não querem aceitar o pedagogo hospitalar como membro da equipe. Por outro lado, os cursos de Pedagogia ainda não oferecem uma preparação adequada para a

realização do trabalho pedagógico no hospital.

“Educação e saúde não se rivalizam, suas diferentes correntes, até então antagônicas, passam a se unir na busca pelo desenvolvimento integral do ser humano/pessoa/cidadão (ORTIZ; FREITAS, 2010, p. 18). Nesse contexto, a Pedagogia deve preparar o especialista para atuar na formação do conhecimento e para desenvolver métodos e medidas que levem ao sucesso do processo de ensino-aprendizagem, quer na área escolar, quer em áreas diversas como, por exemplo, nos hospitais. Entretanto, para deixar claro que na escola regular é igualmente importante o processo organizado do ponto de vista educacional, no hospital, essa situação também é necessária e só pode ser realizada por profissional habilitado para que isso aconteça de maneira correta.

Esse novo campo de atuação possibilita ao educador agilizar a rotina hospitalar. O paciente é cuidado de acordo com seu nível de desenvolvimento, a fim de aliviar as tensões do ambiente e minimizar o trauma da hospitalização. Esse processo atinge também a família e a escola, de forma que essa fase da vida da criança seja vivida de forma menos traumática.

No que se refere ao atendimento educativo em ambiente hospitalar, este pode ocorrer em local adequado para essa finalidade (aula hospitalar), na enfermaria da unidade de saúde, no leito ou em quarto de isolamento, especificando também espaço suficiente, preferencialmente ao ar livre, para que sejam desenvolvidas atividades educacionais lúdicas em função

das necessidades clínicas e das capacidades do aluno hospitalizado (BRASIL, 2002).

No documento Aula hospitalar e apoio ao ensino domiciliar, o MEC afirma que se deve primar por: “[...] um currículo flexível e/ou adaptado que estimule o ingresso, retorno ou integração adequada ao grupo escolar adequado como parte do direito à atenção integral” (BRASIL, 2002, p. 13). Nesse sentido e com o objetivo de organizar a frequência escolar de forma educativa, pressupõe-se que o papel do pedagogo no ambiente hospitalar tem uma função fundamental e específica na promoção do processo de escolarização de alunos hospitalizados de vários níveis e modalidades de ensino.

É necessário que esses currículos sejam flexíveis e adaptáveis caso aconteça algo imprevisto ao aluno doente. Na maioria dos casos, as aulas do hospital são multisseriadas, pois cada aluno deve ter um currículo adaptado à sua classe/ano, idade e interesses. Dessa forma, é importante ressaltar que a frequência às aulas hospitalares não deve se limitar à mera transferência de conhecimentos do ensino regular para a escola hospitalar e não deve se concentrar apenas na transmissão do conteúdo.

O MEC sugere que a participação ocorra em dois momentos: o primeiro é baseado nos currículos definidos pelos parâmetros curriculares nacionais ou pelo referencial curricular e, no segundo momento, o educador adapta o trabalho pedagógico à história do aluno. Também é aconselhável que todas as atividades e

registros realizados pelos alunos da turma hospitalar sejam encaminhados à escola regular do aluno para avaliação a ser feita com notas de forma a não prejudicar o aluno (BRASIL, 2002).

No caso da atenção educativa no domicílio, ela ocorre, como o próprio termo sugere, no local de residência da criança ou do jovem doente. Muitas vezes, essa residência deve ser adaptada para atender às necessidades específicas, seja removendo barreiras arquitetônicas para favorecer o acesso a outros ambientes internos e externos da casa ou adquirindo equipamentos ou móveis adequados como cama, cadeiras e mesas especiais (BRASIL, 2002).

Martins (2004) sugere que a humanização do ambiente no hospital físico favoreça o processo terapêutico e a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde. O autor desenvolveu pesquisas sobre a humanização e o ambiente físico do hospital, mostrando como a harmonia do local em termos de cor, relevo, controle de calor, ruído e iluminação é afetada em aspectos físicos e psicológicos e que, devidamente selecionado no ambiente hospitalar, leva a um local mais confortável e harmonioso.

Entende-se também que, muitas vezes, o direito à educação das crianças hospitalizadas não é garantido. O fato de não haver um especialista em educação nessa área e de haver também um ambiente adequado para as atividades educativas dificulta o aprendizado e afeta outros fatores como o desenvolvimento

intelectual e cognitivo do aluno-paciente. Muitos hospitais estão, portanto, tendo que se adequar à lei n. 11.104, que obriga a disponibilização de brinquedotecas em hospitais com internação pediátrica e estão tentando adaptar as enfermarias com brinquedos e alguns móveis especiais para as crianças para transformar esse ambiente em algo mais acolhedor.

A educação hospitalar é então inserida entre a educação formal e informal, reafirmando seu compromisso com a sociedade. Ao mesmo tempo, oferece condições para processos de ensino e aprendizagem que ocorram independentemente dos limites da sala de aula tradicional e que vão além da intencionalidade e do currículo proposto, cujo objetivo é criar oportunidades de conhecimento sobre o mundo e suas relações sociais (GOHN, 2010).

O ideal é que o pedagogo hospitalar, ao planejar as atividades a serem ministradas, leve em consideração não apenas o ambiente (seja no leito ou na classe hospitalar), mas também o contexto do aluno, respeitando o nível de aprendizagem e a faixa etária em que se diversificam nesses ambientes.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa analisaram a importância do professor na formação da criança no hospital e também no cuidado de seus familiares quanto aos conhecimentos sobre o ambiente hospitalar, as novas condições de vida do paciente e as leis que garantem o direito à educação hospitalar e, sobretudo, à continuidade do

processo ensino-aprendizagem. Ademais, o pedagogo possui dificuldades em assumir papéis de destaque fora do ambiente escolar.

A adequação do currículo aos cursos de educação fortaleceria a preparação desses profissionais, por exemplo, para disputar com mais credibilidade as vagas no setor Saúde. São também necessárias mudanças mais significativas na maneira como o pedagogo é formado, na construção da sua identidade e no âmbito do seu campo de ação para que seja um profissional bem preparado e consciente da sua capacidade de atuação.

Ressalta-se que o pedagogo que opta pela educação hospitalar deve estar preparado para muitos desafios como, por exemplo, na adaptação ao ambiente hospitalar, trabalhando no processo de humanização e no desafio diário e constante de ter um local adequado para o atendimento aos seus alunos-pacientes. Deve-se também romper o preconceito de que a Pedagogia é uma área de trabalho que envolve apenas a sala de aula, pois abrange uma ampla gama de necessidades sociais por meio de práticas que envolvam as pessoas e sua importância na construção de um mundo melhor.

Em termos de pesquisas, há necessidade de mais estudos sobre o tema abordado. Isso tende a dar mais credibilidade ao papel do educador no hospital e, conseqüentemente, ser mais facilmente aceito no referido ambiente, uma vez que o trabalho social do pedagogo em todo o ambiente hospitalar também contribui para o processo de humanização hospitalar e atua como ator social em prol dos

familiares no hospital, auxiliando-os na compreensão do estado patológico de crianças e adolescentes hospitalizados ou promovendo melhor interação entre familiares e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AQUINO, J. G. **Do cotidiano escolar**: ensaios sobre a ética e seus avessos. 2. ed.

São Paulo: Summus, 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 5.540 de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 1968. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5540.htm>. Acesso em: 15 set. 2020.

Constituição da República Federativa

Presidência da República (2019). Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao compilado.htm. Acessado em: 17 set. 2020.

_____. **Resolução CNE/CEB n. 02/2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na

Educação Básica.

Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/resolucao_cne.pdf.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial.

Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações. Brasília, MEC, 2002.

_____. **Plano Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2004.

_____. Resolução CNE/CP 1/2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de maio de 2006. Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf Acesso em 16 set. 2020.

Do

- _____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Conselho Pleno. **Resolução CNE/CP n. 1/2006, de 15 de maio de 2006**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia, licenciatura. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_06.pdf Acesso em: 16 set. 2020.
- BRZEZINSKI, I. **Pedagogia, pedagogos e formação de professores: busca e movimento**. Campinas: Papius, 2010.
- FARIA, M. B. A escuta pedagógica e a criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Revista Eletrônica da Univar**, v. 3, n. 9, p. 41-46, 2013. Disponível em: <http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/56>. Acesso em: 15 set. 2020.
- FONSECA, E. S. A situação brasileira do atendimento educacional hospitalar. **Revista Educação e Pesquisa**, v.1, p. 117-129. Jan/Jun 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97021999000100009. Acesso em: 12 set. 2020.
- _____. **Atendimento escolar no ambiente hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Memnon, 2008.
- FONTES, R. S. A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital. **Rev. Bras. Educ.**, ago. 2005, n. 29, p.119-138. ISSN 1413-2478. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf> Acesso em: 17 set. 2020.
- FRANCO, M. A. **Pedagogia como ciência da educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- GOHN, M. G. **Não fronteiras: universos da educação não formal**. São Paulo: Itaú Cultural, 2010.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GRACIANI, M. S. Pedagogia social: impasses, desafios e perspectivas em construção. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br>. Acesso em: 16 set. 2020.
- LIBÂNEO, J. C. **Pedagogia empresarial: atuação do pedagogo na empresa**. 6. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2010.
- LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.
- MARTINS, M. C. F. N. Humanização na saúde - relação médico paciente no microscópio. **Revista Ser Médico**. 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/sapis/opinioes2.htm>. Acesso em: 14 set. 2020.
- MATOS, E. L. M.; MUGIATTI, M. M. T. F. **Pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MAZZOTTI, T. Estatuto de cientificidade da Pedagogia IN: PIMENTA, S. G. (Org.). **Pedagogia, ciência da educação?** São Paulo: Cortez, 2009.
- MELLO, G. N. Formação inicial de professores para educação básica: uma (re)visão radical. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 98-110, jan./mar. 2012.
- OLIVEIRA, J. L. **Texto acadêmico: técnicas de pesquisa científica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- ORTIZ, L. C. M.; FREITAS, S. N. **Classe hospitalar: caminhos pedagógicos entre saúde e educação**. Santa Maria: UFSM, 2010.
- SANTOS, C. B.; SOUZA, M. R. Ambiente hospitalar e escolar. In: MATOS, E. L. (Org.). **Escolarização hospitalar: educação e saúde de mãos dadas para humanizar**. Petrópolis: Vozes, 2009.
- SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2007.
- _____. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**. 18. ed. Campinas: Autores Associados, 2009.
- TANURI, L. M. História da formação de professores. **Revista Brasileira de Educação**. Campinas: n.14, p. 61-88, mai./jun./jul./ago., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n14/r14a05.pdf> Acesso em: 16 set. 2020.

A SÍNDROME DE BURNOUT E O TRABALHO DOCENTE

Caroliny Magdalena Schiller¹, Celi Mara Bussolaro Marciano¹, Karine Fernanda Gomes Silva¹, Thaís Sousa Pires¹ e Olavo Egídio Alioto².

1 Graduandas em licenciatura em Pedagogia pela Faculdade Método de São Paulo – FAMESP.

2 Professor doutor da FAMESP.

RESUMO

Este artigo objetiva contribuir para a identificação das causas e consequências da Síndrome de Burnout em professores, além de indicar os sintomas e os tratamentos para a doença. Essa síndrome acontece devido ao estresse ocasionado pelo excesso de trabalho, a jornada dupla, o desgaste emocional e a pressão por parte da gestão escolar. No ambiente de trabalho, as condições podem ser desgastantes e, assim, refletir-se-ão na saúde do educador. A consequência será o estresse crônico, gerando a síndrome que, devido à falta de conhecimento, pode ser confundida com depressão ou estresse. O profissional se torna triste, irritado, deprimido e com baixa autoestima, dificultando sua atuação e a sua relação com as pessoas ao seu redor, isolando-se de seus pares. Assim, o relacionamento interpessoal do docente nesse ambiente também pode contribuir para uma carga maior de estresse. A síndrome faz com que o trabalhador perca a vontade e o prazer de trabalhar: sair de casa para enfrentar mais um dia torna-se uma luta diária.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout. Professor. Trabalho. Adoecimento.

INTRODUÇÃO

A escolha desse tema foi devido à incidência de professores afastados resultante de trabalho exaustivo. O presente estudo nos serviu como base de sustentação para esclarecer algumas dúvidas, mas principalmente para compreender a síndrome como futuras pedagogas, tendo em vista que essa síndrome ocorre em muitos professores.

Vimos que a Síndrome de Burnout ocorre com frequência no trabalho docente, e não é, até então, um assunto de conhecimento geral. Temos a convicção de que enfrentaremos em nosso cotidiano muitos conflitos e adversidades como: trabalho exaustivo, jornada dupla de trabalho, desgaste emocional e a pressão por parte da gestão escolar.

Sendo assim, o presente trabalho se torna necessário para identificar as causas e consequências da Síndrome de Burnout em professores no ambiente escolar.

Desse modo, discutem-se os principais fatores desencadeadores dessa síndrome e busca entender a origem e os possíveis cuidados para evitá-la. Para tanto, este artigo objetiva contribuir para a identificação das causas e consequências da Síndrome de Burnout em professores, além de indicar os sintomas e os tratamentos para a doença.

Para isso, o trabalho divide-se em três partes: a Síndrome de Burnout – a definição, os sintomas, o diagnóstico; as formas de prevenção; e os tratamentos disponíveis, tendo como principais autores: Merzel, Farber, Carlotta, Millán, Caldi e Utida. Os estudiosos

concordam que os agravantes da saúde do docente é o estresse crônico gerado pela síndrome que, devido à falta de conhecimento, é confundido com depressão ou estresse, tornando o profissional triste, irritado, deprimido e com baixa autoestima, dificultando sua atuação e a sua relação com as pessoas ao seu redor, isolando-se de seus pares. Sendo assim, o presente projeto tem por objetivo identificar as causas e consequências da Síndrome de Burnout em professores no ambiente escolar.

SÍNDROME DE BURNOUT

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), a Síndrome de Burnout é um estado de exaustão física, emocional e mental, que está relacionada ao trabalho excessivo, que envolve ampla concorrência e responsabilidade, destacando-se, dessa forma, as áreas da Educação e da Saúde, que lidam diretamente com cobranças, pressão e riscos.

A doença Burnout, que também é conhecida por Síndrome do Esgotamento Profissional, vem da língua inglesa (MICHAELIS, 2002): *burn* (queimar) e *out* (por inteiro). Em tradução literal, como indica Dinéa Wiltenburg (p. 4), significa “queimar para fora” ou “consumir-se de dentro para fora”, mostrando que a patologia se desencadeia nos aspectos psicológicos de uma pessoa e afeta também os seus aspectos físicos.

Nesse sentido, Ana Merzel (2016) ressalta que a Síndrome “é um termo psicológico que refere à exaustão prolongada e a diminuição do interesse em trabalhar”, sendo considerada uma das principais doenças do mundo profissional da atualidade.

Esse estresse afeta diretamente os profissionais, tornando-se frágeis, desprotegido e sem forças para reagir ao recurso necessário para o tratamento.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) assim definem as três dimensões da síndrome: Exaustão emocional, caracterizada por uma falta ou carência de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos; despersonalização, que se caracteriza por tratar os clientes, colegas e a organização como objetos; e diminuição da realização pessoal no trabalho, tendência do trabalhador a se autoavaliar de forma negativa. As pessoas sentem-se infelizes consigo próprias e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. (MASLACH et al. *apud* CARLOTTO, 2002, p. 23)

Conforme defendido por Farber (1991 *apud* CARLOTTO, 2002), o estudo do comportamento social afirma que os docentes do sexo masculino são mais frágeis do que os do sexo feminino. Segundo o autor, supostamente as mulheres são mais maleáveis e compreensivas, sabendo lidar com situações em sua área de trabalho.

Os sintomas

Segundo Merzel (2016), os indícios do estresse são psíquicos e físicos. A pessoa sente: dores, desânimo, abatimento, desinteresse, nervoso, dificuldade para dormir, falta de apetite e tristeza.

Como argumentam França, Dolan e Rudow (*apud* CARLOTTO, 2001, p. 23), a evolução do Burnout é pessoal a ponto de não ser notada. A pessoa, geralmente, não aceita que algo de errado esteja ocorrendo com ela. Maslach, Schaufeli, e Leiter (*apud* CARLOTTO, 2001) ressaltam que existem definições do Burnout com características

diferenciadas, contudo, todas mostram os seguintes pontos em comum:

- 1) existe a predominância de sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão;
- 2) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos;
- 3) os sintomas do Burnout são relacionados ao trabalho;
- 4) os sintomas manifestam-se em pessoas “normais” que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome;
- 5) a diminuição da efetividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER *apud* CARLOTTO, 2001, p. 23-24).

Caballero e Millán (1999) enfatizam que a Síndrome de Burnout também segue uma escala:

1. Fisiológica: falta de apetite, cansaço, insônia, dor cervical, úlceras.
2. Psicológica: irritabilidade ocasional ou instantânea, gritos, ansiedade, depressão, frustração, respostas rígidas e inflexíveis.
3. De conduta: expressões de hostilidade ou irritabilidade, incapacidade para poder concentrar-se no trabalho, aumento das relações conflitivas com os demais colegas, chegar tarde ao trabalho ou sair mais cedo, estar com frequência fora da área de trabalho e fazer longas pausas de descanso no trabalho.
4. Outros: aumento do absentismo, apatia face à organização, isolamento, empobrecimento da qualidade do trabalho, atitude cínica e fadiga emocional, aumento do consumo de café, álcool, barbitúricos e cigarros. (CABALLERO; MILLÁN *apud* GUIMARÃES; GRUBITS, 2004, p. 50)

Assim, faz-se necessário conhecer as características e os sintomas da síndrome, explicitados pelos autores, a fim de que ocorra um diagnóstico e tratamentos adequados a ela. Além disso, é relevante que se descontra

mitos, compreendendo a síndrome como uma doença que pode desencadear sérios problemas na vida pessoal e profissional do indivíduo.

O diagnóstico

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019), “o diagnóstico da Síndrome de Burnout é feito por profissional na área, após análise clínica do paciente”. É um trabalho delicado, pois, não identificando os sintomas, os indivíduos não procuram amparo correto, acarretando seu estado mental e físico.

Nesse sentido, a ajuda de familiares e amigos é fundamental, pois a atenção e o apoio colaboram para se identificar os sintomas e incentivar a procura de uma consulta médica específica para encontrar o melhor método de tratamento.

Vale ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, gratuitamente, tratamento completo para a doença, com medicamentos e médicos especialistas na área psicossocial.

Formas de prevenção e tratamento

Com relação à prevenção, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) sugere estratégias que possibilitem diminuir o estresse e a pressão no trabalho, elencando algumas condutas saudáveis como forma de prevenção e de tratamento dos sinais e sintomas logo no início da síndrome como: participar de atividades de lazer; praticar atividades que fujam da rotina; evitar o contato com pessoas negativas, sobretudo no trabalho; conversar sobre os próprios sentimentos com uma pessoa de confiança, até mesmo um profissional; praticar atividades físicas; evitar o

consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas, entre outras. Tais atitudes ajudam a prevenir o desenvolvimento da síndrome.

Com relação ao tratamento correto da Síndrome de Burnout, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) indica que é preciso administrar medicamentos antidepressivos e para ansiedade e trabalhar, simultaneamente, com a psicoterapia.

Geralmente o tratamento bem-sucedido é de um a três meses, podendo ser mais longo de acordo com o caso de cada pessoa.

Além disso, uma vida regrada e exercícios físicos constantes ajudam a amenizar o estresse, favorecendo que os sintomas desapareçam com as mudanças da nova rotina de vida e do trabalho. Viagens com amigos e familiares são sugeridas após o diagnóstico, aliviando toda tensão causada pelo estresse ocupacional.

Outras recomendações relevantes para o tratamento são:

[...] o tratamento sugerido ou as orientações para os casos apresentados deverão ser realizados através de psicoterapia, e se apesar disso o problema persistir em relação ao mesmo ambiente de trabalho, a recomendação é que se mude de atividade e/ou de ambiente uma vez que sendo ela a causa do Burnout, é preciso eliminá-lo. Como recomendações, o Dr. Drauzio Varela (2014) sugere exercícios físicos, vivenciar momentos de descontração, evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou outras drogas apropriadas para depressão e ficar atento caso observe que o ambiente de trabalho é que está afetando a saúde física e mental, quando descartada outras possibilidades (estresse, depressão). (CALDI; UTIDA, 2014, p. 25)

Portanto, além dessas recomendações, é relevante que haja um apoio familiar e profissional com vistas a prevenir e erradicar a Síndrome de Burnout.

O TRABALHO DOCENTE

O perfil do professor e as condições de trabalho no ambiente escolar

“A gente trabalha em casa e também leva trabalho da escola para casa.”
(Professora das séries iniciais *apud* ZIBETTI, 2010, p. 266)

Como argumenta Hammerschmidt (2013), muitas pessoas acreditam que a profissão docente é tranquila e serena. É verdade que, na maioria das vezes, o profissional consegue administrar seus horários, possibilitando ter dias livres durante a semana, no entanto, isso pode gerar uma sobrecarga de trabalho, provocando um desgaste maior, pois as tarefas não se findam na escola.

Freitas (2013) pontua os principais desafios e problemas enfrentados, diariamente, pelos professores e que contribuem para o seu desgaste físico e mental:

O professor brasileiro é cercado de um arsenal de burocracias, como: diários, planos de aula, fichas avaliativas, formulários, entre outros. Incluindo ainda a imensa quantidade de trabalho que o professor leva para casa, tais como: plano de aula, elaboração de atividades, provas, trabalhos, correções, testes, projetos etc. Esses não são os únicos agravantes, o professor tem que enfrentar o problema da indisciplina escolar difundida na maioria das escolas brasileiras, como excesso de conversa, bagunça, uso indevido de aparelhos eletrônicos que invadiram as escolas,

isso, aliado ao baixo salário, praticado na maioria das vezes. A defasagem salarial não supre todo o trabalho realizado fora da escola, nos finais de semana e feriados. (FREITAS, 2013 *apud* HAMMERSCHMIDT, 2013, p.12)

Além desses, Barros (2019) ressalta que são muitas as responsabilidades de um professor. Dentre elas estão: preparação do plano de aula; reuniões pedagógicas; reuniões com os responsáveis pelos alunos; realização de sua autoavaliação (para verificar como está o ensino e aprendizagem e saber onde, como e o que é necessário para garantir que todos alunos aprendam); além do dever e compromisso consigo próprio para garantir a sua formação permanente.

Jornada dupla de trabalho e trabalho exaustivo

Além das múltiplas tarefas a executar, é relevante ressaltar o grande volume de trabalho que os profissionais levam para casa como a elaboração de provas e atividades que estejam de acordo com o que é exigido pela escola e pelos documentos oficiais; a correção de atividades e provas; além da realização do planejamento e de pesquisas necessárias para as aulas seguintes.

Vania Hammerschmidt (2013) observa que o professor, muitas vezes, faz o planejamento semanal não somente para uma instituição, pois ele se propõe a trabalhar em duas ou mais escolas diferentes, a fim de garantir um melhor salário.

Araújo e colaboradores (*apud* ZIBETTI, 2010) afirmam que essa dupla jornada de trabalho acaba afetando a saúde do docente, acarretando em má alimentação, na falta de

descanso, na sensação de sobrecarga e no esgotamento físico e mental.

Para a mulher docente, a carga é ainda pior, pois, como indica a pesquisa de Zibetti (2010), além das demandas acentuadas do trabalho escolar na vida privada, há a sobrecarga do trabalho doméstico:

Entretanto, pouca ênfase tem sido dada à questão da sobrecarga feminina com o trabalho doméstico, acentuada pelas demandas do trabalho docente que, pela falta de tempo destinado a essas tarefas no ambiente escolar, invade a vida privada. Nossa pesquisa evidencia o quanto estas duas questões estão relacionadas e aponta algumas repercussões desta situação no trabalho docente. (p. 265)

Assim, a depender do ambiente de trabalho em que está inserido, o docente, ao desenvolver suas atividades, pode manifestar um desgaste emocional, refletindo em seu corpo e desencadeando doenças psicossomáticas:

Especialistas alertam que os ambientes de trabalho estão desencadeando doenças ocupacionais. Problemas como o estresse despontam nas pesquisas como a principal causa de adoecimento. No entanto, esse sintoma é apenas a ponta do *iceberg*, apontam psicólogos e estudiosos da medicina do trabalho. Segundo eles, por trás da tensão diária, decorrente do alto grau de exigência imposto pelas instituições, podem ser desenvolvidas doenças que comprometem de tal forma a saúde física e mental que o profissional corre o risco de ficar incapacitado para o trabalho. Nos docentes, soma-se a esse quadro o risco de ter problemas na coluna e na voz, bem como a Síndrome de Burnout, essa última caracterizada por uma extrema exaustão emocional e com alta incidência entre professores. (ROSA, 2013 *apud* HAMMERSCHMIDT, 2013, p.13)

A falta de recursos adequados e materiais necessários para exercer sua práxis pedagógica também são motivos que causam

um alto grau de estresse como mostra Hammerschmidt (2013).

O ambiente escolar

O professor sempre está conectado com outros professores, funcionários e alunos. Segundo Sadir (*apud* HAMMERSCHMIDT, 2013), o relacionamento interpessoal que o docente exerce também pode contribuir para uma carga maior de estresse ao profissional.

Lidar com vários tipos de pessoas também é tarefa desgastante. Nem sempre as coisas acontecem como gostaríamos que fosse e o estresse nas relações pessoais é quase impossível de não aparecer. O professor tem que ter jogo de cintura para conviver com atitudes de terceiros, como mau humor, agressividade, reclamações, grosserias, interrupções das aulas, alunos agitados e inquietos, atividades que não saem como foram planejadas, levando-o a sentir-se frustrado e impotente. (BARROS, 2013 *apud* HAMMERSCHMIDT, 2013, p.12)

Na observação de Hammerschmidt (2013), o perfil do aluno é condizente com sua comunidade, escola e período escolar diferenciado, sendo assim, nota-se que é “impossível encontrar um único perfil em uma única classe” (p. 13). A comunidade onde o aluno está inserido e até mesmo as instituições de ensino são totalmente diferentes, de modo que se torna difícil obter um perfil exato do alunado.

Johann (2009) enfatiza que “o ser humano é particular em sua essência, costumes, ética, moral, ingenuidade, agressividade e comportamento” (*apud* HAMMERSCHMIDT, 2013, p. 13). Assim, pode-se afirmar que há alunos com ótimos comportamentos, que contribuem e cumprem com os desafios que lhes foram propostos e que não desacatam o professor. No entanto,

também há os descompromissados, que não cumprem com as tarefas que lhes foram propostas, causando um aborrecimento e um estresse maior para o docente, chegando, muitas vezes, à agressão verbal e até a física.

Esse desgaste contribui para uma pressão maior no profissional, que reflete em todo o seu corpo físico, provocando doenças psicológicas. Os docentes se tornam mais sensíveis e vulneráveis, não desenvolvendo satisfatoriamente o seu ofício (JOHANN *apud* HAMMERSCHMIDT, 2013).

Como defendido por Barros (2019), o trabalho docente é uma profissão cansativa, desgastante e que exige muita responsabilidade. Trata-se de um trabalho árduo, e que além de um bom relacionamento com os alunos, exige que o professor saiba lidar com os responsáveis pelos alunos e toda a comunidade escolar.

Dessa forma, lecionar tem se tornado uma prática bastante desgastante devido às más condições de trabalho, envolvendo salários baixos e jornadas duplas e exaustivas de trabalho. Esses fatores contribuem para o surgimento de doenças entre os profissionais.

O TRABALHO DOCENTE E A SÍNDROME DE BURNOUT

Conforme defendido por Codo e Vasques-Menezes (2016), Burnout é uma doença que afeta profissionais de diversas áreas, principalmente os que se dedicam ao cuidado com o outro como enfermeiros e professores. Essa doença faz com que o trabalhador perca a vontade e o prazer de trabalhar. Sair de casa torna-se uma luta diária. Carlotto (2010) concorda e acrescenta que:

A profissão docente é considerada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como uma das mais estressantes, com forte incidência de elementos que conduzem à Síndrome de Burnout. Este fenômeno, que atinge professores de diferentes países, parece portar um caráter epidêmico mundial, que extrapola as fronteiras nacionais. (p. 496)

Pode-se dizer que Burnout é um problema internacional, não pode ser considerado como privilégio desta ou daquela realidade educacional ou social, desta ou daquela cultura, deste ou daquele país (CODO; VASQUES-MENEZES, 2016). Nóvoa (1996) afirma que:

A crise da profissão docente arrasta-se há longos anos e não vislumbram perspectivas de superação em curto prazo. As consequências da situação de mal-estar que atinge o professorado estão à vista de todos: elevados índices de absenteísmo e abandono, desmotivação pessoal, insatisfação profissional traduzida numa atitude de desinvestimento e indisposição constante [...]. (*apud* BASTOS, 2009, p.18)

Ser professor é uma tarefa bastante árdua. Como defende Eduardo de Freitas (2019), o docente exerce múltiplas funções, que causam um esgotamento físico e mental. Para Codo e Vasques-Menezes (2016, p. 12):

Violência, falta de segurança, uma administração insensível aos problemas do professor, burocracia que entrava o processo de trabalho, pais omissos, transferências involuntárias, críticas da opinião pública, classes superlotadas, falta de autonomia, salários inadequados, falta de perspectivas de ascensão na carreira, isolamento em relação a outros adultos ou falta de uma rede social de apoio, além de um preparo inadequado, são fatores que têm se apresentado associados ao Burnout.

Além desses fatores, das múltiplas funções e do trabalho exaustivo, Barros (2019) afirma que os docentes, sem o

reconhecimento e sem a valorização adequada em sua profissão, acabam recebendo valores inferiores que acarretam em muitos problemas financeiros e, por esse motivo, necessitam atribuir mais aulas para ajudar em seu orçamento. Além disso, quando voltam para os seus lares, encontram seus afazeres domésticos acumulados, outras tarefas a cumprir e problemas para resolver como ajudar o filho na lição de casa e resolver conflitos conjugais etc.

De acordo com Caldi e Utida (2014), o comportamento do professor no ambiente de trabalho acaba revelando os sintomas do estresse excessivo. O profissional pode estar diante de um quadro clínico da Síndrome de Burnout, mas pode ignorá-lo pela falta de conhecimento, pois como mostra Carlotto (2002):

Burnout não é um fenômeno novo; o que talvez seja novo é o desafio dessa categoria profissional em identificar e declarar o estresse e o Burnout sentidos. O professor conhece muito sobre o que e como ensinar, mas pouco sobre os alunos e muito menos sobre si mesmo. (p. 27)

Codo e Vasques-Menezes (2016) explicitam que as características do professor dentro das instituições de ensino com a maior tendência em desenvolver a doença são: inflexibilidade; falta de controle sobre diversos acontecimentos em sua vida; sentimento de inferioridade diante dos demais; ausência de decisão própria/clara. Ainda, o docente que se autointitula suficientemente capaz pode cair na armadilha do Burnout.

Carlotto (2010) aponta que as consequências da síndrome não são únicas e que afetam o profissional e a organização escolar: "As consequências de Burnout, não

se manifestam somente no campo individual e profissional do professor, mas também traz repercussões sobre a organização educacional” (p. 496).

O educador se sente como se não estivesse realizando seu papel de forma adequada, rotulando-se como incapaz, afirmam Codo e Vasques-Menezes (2016), interferindo na relação aluno-professor de maneira a influenciar a forma com a qual trata os alunos, isentando-se de qualquer forma de afeto. Assim, de forma inconsciente, o docente provoca episódios para não exercer a sua função, mesmo estando no âmbito escolar.

Ainda, segundo os autores, o profissional não vê significado em sua prática docente e o conjunto escolar se torna irrelevante: os alunos, as aulas, os semestres etc. Para ele, importa que o período acabe o quanto antes, não levando em consideração o que o aluno compreendeu nem se conseguiu atingir suas expectativas, importando-se apenas em executar o seu dever. Assim, as relações interpessoais são bastante prejudicadas:

Um trabalhador que entra em Burnout assume uma posição de frieza frente a seus clientes, não se deixando envolver com seus problemas e dificuldades. As relações interpessoais são cortadas, como se ele estivesse em contato apenas com objetos, ou seja, a relação torna-se desprovida de calor humano. Isso acrescido de uma grande irritabilidade por parte do profissional, este quadro torna qualquer processo ensino-aprendizagem, que se pretenda efetivo, completamente inviável. Por um lado, o professor torna-se incapaz do mínimo de empatia necessária para a transmissão do conhecimento e, de outro, ele sofre: ansiedade, melancolia, baixa autoestima, sentimento de exaustão física e emocional. (CODO; VASQUES-MENEZES, 2016, p.11)

Conforme Caldi e Utida (2014) indicam, o profissional com a síndrome de

Bornout apresenta alguns sintomas comportamentais no ambiente escolar como: dificulta a sua proximidade com os alunos; evita o contato visual; não elogia positivamente o aluno; promove explicações rasas; atribui suas responsabilidades a terceiros; recusa-se a progredir nos conhecimentos pessoais; reage de forma negativa em diversas situações; não dialoga; não exerce suas funções normalmente, limitando sua relação social; não tem mais prazer em distrações e diversões; desmazelo nos cuidados pessoais; automedica-se, agravando mais ainda o seu quadro clínico; e além de tudo, não reconhece que necessita de auxílio.

Para o tratamento da síndrome, Hammerschmidt (2013) sugere que: “Assim que a vítima da síndrome é convencida que precisa de ajuda, a mesma deve buscar orientação médica, e verificar quais foram os danos causados” (p. 19). Após o diagnóstico, será iniciado o tratamento que é essencialmente psicoterapêutico, mas que também pode ser feito com o uso de medicamentos como os ansiolíticos e os antidepressivos, a fim de amenizar a ansiedade e o estresse.

Barros (2019) acrescenta que, para aliviar o esgotamento, o docente precisa ir para um lugar de paz e tranquilidade sempre que puder, pois isso aliviará sua mente e seu físico.

Além disso, faz-se necessário que o professor tenha praticidade em sua rotina, organizando seus afazeres e conciliando sua vida social e profissional (para não se sobrecarregar). Também é importante que ele aproveite seu tempo disponível na escola

para antecipar as tarefas escolares e levar para casa apenas as que forem impossíveis de serem resolvidas no local de trabalho.

Barros (2019) ainda ressalta que, com uma administração e horários adequados, é possível conciliar a vida profissional e a vida familiar, possibilitando assim desfrutar de diversas atividades de lazer como passeio em praças, caminhadas e viagens, não as deixando em segundo plano, pois a profissão docente desgasta muito o corpo físico e mental, e tais momentos proporcionam prazeres que ajudam a suprimir os sintomas do esgotamento excessivo e da depressão.

Compreende-se que o docente deve ser assistido com atenção para a promoção de seu bem-estar e para que os sintomas da síndrome não acarrete em impactos na comunidade escolar. Como forma de evitar e reduzir o estresse entre o corpo docente e melhorar o ambiente escolar, os gestores podem promover diferentes ações, como:

- palestras/workshops educativos; mudanças de hábitos;
- academias, contratação de profissionais que elaboram exercícios físicos não competitivos;
- criação de salas de bem-estar;
- aplicação de técnicas de relaxamento;
- expansão de rede de apoio social. (FIDELIS, 2007 *apud* HAMMERSCHMIDT, 2013, p. 17)

Dessa forma, deve-se considerar que a tarefa de prevenir e erradicar a síndrome em professores é uma tarefa conjunta, de todos: “a prevenção e a erradicação de Burnout em professores não é tarefa solitária deste, mas deve contemplar uma ação conjunta entre professor, alunos, instituição de ensino e sociedade” (CARLOTTO, 2002, p. 27).

CONSIDERAÇÕES

Como vimos, a Síndrome de Burnout origina-se da língua inglesa (queimar para fora), mostrando que a patologia se desencadeia nos aspectos psicológicos de uma pessoa e afeta também os seus aspectos físicos e refere à exaustão prolongada e à diminuição do interesse em trabalhar, sendo considerada uma das principais doenças do mundo profissional da atualidade.

Esse estresse afeta diretamente os profissionais, tornando-se frágeis, desprotegido e sem forças para reagir ao recurso necessário para o tratamento.

Os principais fatores são estresse, dores, desânimo, abatimento, desinteresse, nervoso, dificuldade para dormir, falta de apetite e tristeza.

Para os professores, essa síndrome ocorre com a pressão da gestão e a jornada dupla de trabalho, tornando-se um trabalho exaustivo. O docente leva para casa trabalhos para correção, faz elaboração de provas, prepara reunião de pais, preenche semanários, além da realização do planejamento e de pesquisas necessárias para as aulas seguintes.

Contudo, quando voltam para os seus lares, encontram seus afazeres domésticos acumulados, outras tarefas a cumprir e problemas para resolver como ajudar o filho na lição de casa e resolver conflitos conjugais etc. Para evitar, é preciso reconhecer os sintomas e procurar orientação especializada de um profissional na área psicossocial. Após análise clínica do paciente, a atenção e o apoio de familiares colaboram para identificar os sintomas e a incentivar o melhor método de tratamento.

Como o conhecimento é melhor caminho para evitar a Síndrome de Burnout, esperamos que este artigo contribua para as discussões acerca desse assunto, contribuindo para a saúde dos trabalhadores, especialmente dos educadores.

REFERÊNCIAS

- BARROS, J. Professor: o estresse da profissão. **Brasil escola/Canal do educador**. Disponível em: <<https://educador.brasilecola.uol.com.br/orientacoes/professor-estresse-profissao.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- BASTOS, J. **O mal-estar docente, o adoecimento e as condições de trabalho no exercício do magistério, no ensino fundamental de Betim/MG**. PUC: Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Educacao_BastosJA_1.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- BRASIL. Síndrome de Burnout: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <<http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-az/saude-mental/sindrome-de-Burnout>>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- CALDI, L.; UTIDA, J. Caminhada profissional saudável: prevenção da Síndrome de Burnout no professor. In: **Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE**. Paraná, 2014, v. 1. 2014. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2338-6>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- CARLOTTO, M. S. A Síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a03.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- _____. Síndrome de Burnout: diferenças segundo níveis de ensino. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 4, out./dez. 2010. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161401>>. Acesso em: 22 maio 2019.
- CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é Burnout? **Portal do professor/MEC**, 2016. Disponível em: <<http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/jornaldoprofessor/midias/arquivo/educacao3/Burnout.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- FREITAS, E. A situação do professor brasileiro. **Brasil escola/Canal do educador**. Disponível em: <<https://educador.brasilecola.uol.com.br/trabalho-docente/a-situacao-professor-brasileiro.htm>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- GUIMARÃES, L.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. v. 3. São Paulo: Apoio cultural; UCDB, 2004.
- HAMMERSCHMIDT, V. **Estresse: o mal da atividade docente**. Curitiba: UFPR, 2013. Disponível em: <<https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/49904/R%20-%20E%20-%20VANIA%20HAMMERSCHMIDT.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- MERZEL, A. Síndrome de Burnout. **Albert Einstein**, 2016. Disponível em: <<https://www.einstein.br/estrutura/check-up/saude-bem-estar/saude-mental/sindrome-Burnout>>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- MICHAELIS. **Pequeno dicionário**. v. 68. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2002.
- WILTENBURG, D. C. D. **Síndrome de Burnout: um sintoma mascarado?** Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2338-6>>. Acesso em: 16 mar. 2019.
- ZIBETTI, M.; PEREIRA, S. Mulheres e professoras: repercussões da dupla jornada nas condições de vida e no trabalho docente. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 259-276, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/nspe2/16.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

O USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL EM UNIDADES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Adriano Sales Bevenuto¹, Aline Batista Bispo¹, Amanda Nocência Souza¹, Brenda Kerolyn de Oliveira Souza¹, Flávia Gomes Domingos¹, Guilherme Oliveira Martins¹, Gustavo de Moraes Sarmiento Duarte¹, Nicole Oliveira Martins¹, Thaís Almeida da Silva¹, Victor Augusto Barbosa Mazieiro¹, Eliane Cristine dos Santos² e Vinícius Barbosa³.

¹Discentes do curso Técnico de Nutrição e Dietética da ETEC de Guaianazes – São Paulo.

²Nutricionista; pedagoga; pós-graduada em empreendedorismo e práticas gastronômicas e gastronomia funcional (FAMESP); pós-graduada em educação para o ensino superior (UNINOVE); licenciada para área de saúde (FATEC); coordenadora dos cursos técnico em nutrição e dietética e superior em gastronomia e pós-graduação em Alimentos Funcionais (Centro de Ensino Método/FAMESP) e docente das instituições ETEC de Guaianazes; Centro Paula Souza; Universidade Anhanguera; e FAMESP.

³Professor co-orientador, docente da ETEC de Guaianazes, bacharel em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo.

RESUMO

O objetivo geral da presente pesquisa foi constatar a importância do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) em Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), a fim de analisar a variedade, certificar os riscos presentes dentro dos espaços e informar a relevância da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) dentro das UAN. Na metodologia, utilizou-se pesquisa de revisão de literatura com o caráter descritivo e transversal, em que foram coletados dados sobre variedades dos equipamentos e sua relevância, tais como o uso correto e sua devida função, riscos presentes nessas unidades, as definições de cada EPI, seus respectivos possíveis danos e também sobre a CIPA, que surgiu com o objetivo de qualificar as condições de trabalho e tem a preocupação com a saúde e a qualidade de vida dos funcionários. Apesquisatemos o enfoque de ajudar na ampliação do conhecimento no que tange à importância do uso dos EPI, com intuito de assegurar a saúde e o bem-estar dos colaboradores de suas respectivas UAN. Os acidentes de trabalho podem causar diversos danos como perda ou redução de capacidade locomotiva ou até mesmo morte. Para que isso não ocorra, ou pelo menos seja amenizado, é necessário utilizar EPI em que, nesse contexto, são reconhecidos 18 diferentes tipos de EPI, cujas funções são proteção contra os riscos presentes nas UAN, como doenças ocupacionais, acidentes de percurso e acidentes que ocorrem por causa da não utilização ou utilização incorreta de EPI.

Palavras-chaves: EPI. UAN. Riscos ergonômicos.

INTRODUÇÃO

Como cita Silva (2012), procura-se, desde os primórdios, a segurança e proteção no trabalho, buscando assim a diminuição dos perigos e acidentes decorrentes.

As Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) são um conjunto de áreas com o objetivo de operacionalizar o procedimento nutricional de coletividades (ABREU; SPINELLI; PINTO, 2019).

Nesses locais são ofertadas refeições

direcionadas para coletividades, gerando, assim, clientes frequentes nesses estabelecimentos (FERREIRA; VIEIRA; FONSECA, 2015).

Os EPI são quaisquer dispositivos destinados à proteção individual dos trabalhadores, livrando-os de riscos que ameaçam sua segurança no trabalho (HAGEN et al., 2012).

Como descreveu Medeiros, Arruda e Samene (2017), foi somente no ano de 1953

que a portaria n.155 regulamentou a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) por prezar pela saúde e pelos cuidados com a vidas dos funcionários que trabalhavam nessas empresas.

O EPI é a última barreira entre a agressão e a integridade física do trabalhador. Caso este não utilize os equipamentos de forma correta, associado à falta de informações, é provável que haja maior exposição de riscos desnecessários na vida desse colaborador (MÁSCULO; MATTOS, 2011).

Os colaboradores de uma UAN, por trabalharem em um serviço de alimentação coletiva, estão sempre expostos a situações que podem modificar seu atual estado de saúde (FERREIRA; SIMON; TASCA, 2015).

Portanto, esta pesquisa, que tem como enfoque a ampliação dos conhecimentos da importância do uso dos EPI dentro das UAN, reforça a necessidade, observa a utilização correta e corrige o uso incorreto desses equipamentos, tratando-os de maneira transparente e descrevendo a verdadeira relevância dessas ferramentas para os colaboradores (HAGEN et al., 2012).

METODOLOGIA

Conforme Medeiros e Silva (2019), o estudo do trabalho tratou-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, que tem como intuito principal: demonstrar a importância do uso de EPI por funcionários que atuam em UAN.

Por meio da seleção dos artigos científicos e de sua relevância para o nosso estudo, foram coletados os dados da variedade dos equipamentos e sua importância, do modo de uso correto, verificando cada setor

de trabalho e seu grau de risco, assim exigindo a seleção específica de um ou vários equipamentos próprios para prevenir os danos pessoais ou coletivos (FERREIRA; SIMON; TASCA, 2015).

O terceiro método foi o estudo da verificação de riscos presentes dentro dessas unidades, que se caracteriza pela lesão ou incômodo corporal, que cause a morte, a perda ou a redução, temporária ou permanente, da capacidade motora ou mental de um ou da coletividade de funcionários, incluindo-se todos os tipos de riscos (LUPCHINSKI, 2017).

OBJETIVO GERAL

- Avaliar a importância do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) em unidade de alimentação e nutrição (UAN).

Objetivos específicos

- Analisar a variedade de EPI em UAN;
- Verificar os riscos de acidentes em UAN;
- Estudar a relevância da CIPA dentro das UAN.

DESENVOLVIMENTO

Quadro 1. Uso dos EPI em suas respectivas atividades.

EPI	Finalidade do EPI/atividade relacionada
Uniforme	Uniformes limpos, conservados e apropriados para atividade. Utilizar somente na jornada de trabalho. Trocar diariamente em tenocas de contaminação e substituir e realizar higienização corporal.
Máscara PFF2	Atividades com produtos químicos.
Óculos de agrílico	Evitar respingos de sangue ou secreções e manuseio de produtos químicos.
Luva malha de aço	Cortes e desossa de carne, bem como corte de hortifrúteis.
Luva de látex	Contato com umidade e produtos químicos. Manipulação de frutas e

	hortaliças cruas. Retirada de alimento das câmaras frias.
Touca descartável	Evitar a queda de fio de cabelo em superfícies, equipamentos, móveis, utensílios e até mesmo alimentos.
Casaco e calça térmica	Usados no acesso às câmaras frias e refrigeradores.
Luvade borracha	Saneantes/higienização do ambiente.
Luva térmica	Calor intenso como cozimento em fornos, devem estar em bom estado de conservação e limpas.
Bota de PVC	Pré-preparo/preparo e higienização de ambiente.
Mangote	Cocção em caldeiras e para o preparo de frituras e grill.
Avental térmico	Fogões e atividade de cocção.
Protetor auricular	Usado caso a dosimetria do ruído ambiente ultrapasse os 100% para às 8 horas.
Aventalde PVC	Atividades com grande quantidade de água/etapas de higienização de utensílios e de vegetais.
Capa de PVC	Higienização de coifas, paredes. Situações com substância química.
Sapatode segurança	Usados à beira do fogão e em outras atividades que tenham contato com umidade e/ou produtos químicos.

Fonte: FERREIRA; SIMON; TASCA, 2015;ALBUQUERQUE FILHO et al, 2019; PORTARIA CVS- 5,2013; PORTARIA 2619/11-SMS, 2011).

ACIDENTES DE TRABALHO

O acidente de trabalho é aquele que acontece durante a atividade laboral. Os acidentes são caracterizados em elementos principais: a exterioridade do motivo do acidente, ou seja, o acontecimento danoso ocorre por um agente externo, não natural da pessoa; e a violência: para acontecer o acidente há a necessidade da lesão corporal ou perturbação funcional que deixe a pessoa incapaz – provisória ou definitivamente – ou lhe cause a morte (URNAU, 2017).

Quadro 2. Exemplos de riscos no ambiente de trabalho.

Riscos	Conceito/exemplos
--------	-------------------

Riscos físicos	Várias formas de energia que possam estar em contato com os trabalhadores como, por exemplo: ruídos, vibração, pressões diferentes, temperaturas elevadas, radiações ionizantes e não ionizantes.
Riscos químicos	Substâncias, compostos e produtos que modificam o ambiente e oferecem riscos ao serem absorvidos pelo organismo do colaborador através da ingestão, inalação ou contato direto.
Riscos biológicos	Toda exposição, no ambiente de trabalho, a agentes biológicos como vírus, bactérias, fungos, protozoários, helmintos e artrópodes que, em contato com o homem, podem provocar doenças.

Fonte: (SIMA, 2018; MANUAL DE ELABORAÇÃO MAPA DE RISCOS, 2012; LAZZARI; REIS, 2011).

RELEVÂNCIA DO USO DE EPI

A maioria dos acidentes dentro das UANs ocorre pela falta de uso ou má utilização de equipamentos de proteção individual, juntamente com a carência da capacitação adequada aos trabalhadores. Com a utilização correta dos EPI, é possível prevenir acidentes nas áreas de trabalho como queimaduras e cortes pequenos, que podem ser evitados ou diminuir a gravidade do acidente contra o colaborador (MEDEIROS; SILVA, 2019).

É de suma importância que o nutricionista ou o responsável de nutrição mostre aos seus funcionários que a utilização de equipamentos de proteção individual não é um transtorno, mas sim algo favorável para ele (PICCH; MATIAS; SPINELLI, 2019).

CIPA

A Comissão foi implementada no Brasil em 1944, mas só foi regulamentada em 1953 pela Portaria n.155 (MEDEIROS; ARRUDA; SAMENE, 2017).

A CIPA atua como uma ferramenta de cautela e fiscalização das leis que abriga os comensais no seu campo de trabalho. A implantação da CIPA destina-se a prevenir acidentes, agenciando e conservando a saúde do comensal (MAIA et al., 2014).

Segundo Aires, Salgado e Neto (2013), a CIPA é uma solução encontrada por muitas empresas para prezar a segurança dos seus trabalhadores e bem-estar.

Atribui-se à CIPA a análise dos riscos de trabalho e a realização do mapa de riscos; elaboração de um plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde; verificação dos ambientes e condições de trabalho, visando possíveis riscos a acidentes e corrigi-los; implementação e qualificação de medidas de prevenção e avaliação das prioridades de ação no local de trabalho (AIRES; SALGADO; NETO, 2013).

EPI NA PANDEMIA

A doença COVID-19, causada pelo vírus SARS-Cov-2, foi detectada em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. Em 30 de janeiro de 2020, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o surto atual da doença era considerado uma emergência de saúde pública de importância internacional (WHO/2019-nCov/IPC PPE_use/2020.1).

O vírus é transmitido por meio do contato próximo e de gotículas. A OMS, juntamente com a comunidade científica, tem discutido e avaliado ativamente se o Coronavírus também pode se disseminar por meio de aerossóis, especialmente em

ambientes fechados e mal ventilados (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 2020). As pessoas com maior risco de desenvolver a infecção são aquelas que possuem doenças crônicas e respiratórias, pessoas com idade acima de 50 anos e que entram em contato próximo com um paciente ou que cuidam de pacientes com COVID-19 (OPAS-W/BRA/COVID-19/20-089).

De acordo com a OPAS (2020), já se relatou que os sistemas arcariam com dificuldades. Mesmo com o alerta feito, muitos hospitais não têm planos emergenciais para enfrentar problemas extremos.

Essa desatenção tem o impacto forte nos profissionais da saúde, que têm o contato maior ao vírus e, com a falta de EPI, oferece ainda mais riscos de contágio. A falta de equipamentos foi reportada por diversos países afetados pelo vírus, aumentando a exposição dos colaboradores, podendo contaminar pacientes, trabalhadores e familiares.

A partir de todas as informações, é evidente que os EPI e as medidas protetivas são de extrema relevância e auxiliarão no combate ao vírus, que está se alastrando globalmente. Os colaboradores no serviço da saúde não podem ser um meio de transmissão. A melhoria dos hospitais e a distribuição correta dos equipamentos é o direito à vida e à excelência para realizar um trabalho seguro.

Os alertas feitos não são apenas para momentos como essa pandemia, mas para a vivência, conforme Helio Terio e colaboradores (2020): “é preciso prover condições de trabalho adequadas para que o trabalho possa ser

realizado e alcançar suas finalidades”.

Para que isso aconteça, é indispensável assegurar a proteção adequada e seguro de EPI, um desses é a máscara facial.

Segundo Garcia (2020): máscaras são barreiras físicas e efetivas em limitar a transmissão em curta distância por contato direto ou indireto e dispersão de gotículas. Sobre as máscaras faciais, este diz que o seu uso pode impedir a transmissão da doença ao limitar o espalhamento de partículas infectantes.

Tendo em vista tais afirmações, podemos chegar à conclusão de que a máscara facial é um excelente equipamento de proteção individual contra determinados vírus como, por exemplo, o COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os EPI em UAN permitem aos colaboradores exercerem suas atividades de forma segura e se protegerem contra acidentes de trabalho, que afetam sua saúde, causando afastamentos, perda ou redução de capacidade locomotiva ou até mesmo a morte. Sua importância está atrelada ao bem-estar físico do colaborador.

Os índices de acidentes em UAN estão em torno de doenças ocupacionais; acidentes de percurso e principalmente acidentes que ocorrem pela falta de utilização ou pelo uso incorreto de EPI dentro das unidades. A CIPA assegura circunstâncias de trabalho adequadas, prezando pela segurança e saúde de todos os colaboradores presentes em uma unidade, órgão regulamentado e aprovado pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

Dessa forma, fica perceptível a responsabilidade de um líder de equipe realizar atualização em capacitações de seu pessoal, visto que os trabalhadores nem sempre recordam de como utilizar de forma correta os EPI, que auxilia na precaução de acidentes contra o corpo do trabalhador e também oferece segurança e confiabilidade para a empresa.

REFERÊNCIAS

- ABREU, E.; SPINELLI, M. G. N.; PINTO, A. M. S. **Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer**. 7. ed. São Paulo: editora Metha, 2019.
- AIRES, R. F. F.; SALGADO, C. C. R.; SILVEIRA NETO, J. C. **Segurança e saúde no trabalho: estudo do funcionamento da CIPA de um hospital universitário**. 2013. 13 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.
- ALBUQUERQUE FILHO, A. B. A. et al. **Uso de equipamentos de proteção individual (EPI) por profissionais de saúde**. 2019. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/3374/Ant%C3%B4nio%20Bezerra%20de%20Albuquerque%20Filho%20-%20Uso%20de%20equipamentos%20e%20prote%C3%A7%C3%A3o%20individual%20e%20EPI%20por%20profissionais%20de%20sa%C3%BAde.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 19 jul. 2020.
- BOUSFIELD, A. B. S.; BERTOLDO, R. **Riscos coletivos: um olhar psicossocial**. 2017. 12 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
- BRASIL. **Manual de elaboração mapa de riscos**. Brasília: Gerência de Saúde e Prevenção, 2012.
- FERREIRA, A. M.; SIMON, K. F.; TASCIA, C. G. **Segurança no trabalho: o uso efetivo dos EPI pelos colaboradores em uma UAN de um município do sudoeste do Paraná**. **Revista**

- Simbo-logias**, Chapecó, v. 8, p. 103-113, dez.2015.
- FERREIRA, M.; VIEIRA,R.; FONSECA, K. Aspectos quantitativos e qualitativos das preparações de uma unidade de alimentação e Nutrição em Santo Antônio de Jesus, Bahia. **Revistade Nutrição e Vigilância em Saúde**. BeloHorizonte,v,02.n,01.1-6p. 2015.
- GARCIA, L. P. **Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19**. 2020. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2020.
- HAGEN,M.E.K.et al.O uso de equipamentos de proteção individual pelos funcionários de unidade de alimentação e nutrição de um hospital público do sul do Brasil. **Nutrição Brasil**, Porto Alegre, v. 30, n. 03, p. 1-5p. maio.2012.
- HELIOTERIO,M.C.etal. **COVID-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?**SciELOPreprints, 2020. DOI:<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.664>.
- LAZZARI, M. A.; REIS, C. B. **Os coletores de lixo urbano no município de Dourados (MS) e sua percepção sobre os riscos biológicos em seu processo de trabalho**. 2009. 6 f. Tese (Doutorado) - Curso de Nutrição, Universitária de Dourados e Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Dourados,2011.
- LUPCHINSKI, C. D. **S.Avaliação da conscientização dos trabalhadores de uma cozinha industrial em relação à utilização de EPI e à segurança do trabalho**. 2017. 41 f. Monografia (Especialização) – Curso de Engenharia de Segurança do Trabalho, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba,2017.
- MAIA, F. E. S. et al.**Comissão interna de prevenção de acidentes e as ações de saúde coletiva na perspectiva da fisioterapia**. 2014. 7 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Fisioterapia, Universidade Potiguar, Mossoró, 2014.
- MATTOS, U. A. O.; MÁSCULO, F. S. **Higiene segurança do trabalho**. Rio de Janeiro: Elsevier,2011.
- MEDEIROS,M.;ARRUDA, F.; SAMENE, S. Caso: plano estruturado da CIPA de engajamento da força de trabalho no Porto de Ponta da Madeira. **Revista de Ciência & Tecnologia**. v. 21, n. 41, p. 1-13p.2018.
- MEDEIROS, S. C. F.; SILVA, M. C. **Planejamento físico funcional de duas unidades de alimentação e nutrição: aspectos de segurança do trabalho**. 2019. 34 f. Monografia (Graduação) - Curso de Nutrição, Centro Universitário de Brasília - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Taguatinga,2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Uso de equipamento de proteção individual (EPI) para doença de coronavírus (COVID-19): orientação provisória**, 19 de março de 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498>. Acessado em: 19 jul. 2020.
- PICCHI, A. V.; MATIAS, A. C. G.; SPINELLI, M. G. N. **Uso e conservação de equipamentos de proteção individual (EPI) em uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 25, n. 49, p. 130- 138, dez. 2019.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria Cvs 5**. Disponível em:http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/PORTARIA%20CVS-5_090413.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria 2619/11**. Disponível em:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/portaria_2619_1323696514.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.
- SILVA, M. P. **A importância do uso de EPI na prevenção de acidentes de trabalho na indústria madeireira**. 2012. 13 f. Monografia (Graduação) - Curso de Administração, Faculdade de Colíder (FACIDER), Colíder (MT), 2012.
- SIMA, A. P. **Análise dos riscos laborais inerentes a atividade de auxiliar de produção em uma indústria cerâmica vermelha no oeste do Paraná**. 2018. 39 f. Monografia (Especialização) - Curso de Engenharia de Segurança no Trabalho, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2018.
- URNAU, C. A. **Acidente de percurso X acidente de trabalho e a responsabilidade civil do empregador: uma**

visão previdenciária. 2017. 40 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

WORLD

HEALTH ORGANIZATION. **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief.** World Health Organization. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>.

Acessado em: 19 jul. 2020.

RADIOTERAPIA INTRAOPERATÓRIA NO CÂNCER DE MAMA

Guilherme Oberto Rodrigues¹, Cláudia Portugal², Francisca Nascimento², Rosemeire dos Anjos Dourado², Sedy Colantonio², Marcella Giancoli Kato Cano da Silva³, Jéssica Borghesi⁴

¹ Professor doutor e coordenador do curso de Tecnologia em Radiologia da Faculdade Método de São Paulo (FAMESP), São Paulo, Brasil.

² Graduandos do curso de Tecnologia em Radiologia da FAMESP.

³ Pós-graduanda do Departamento de cirurgia da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo (FMVZ-USP), São Paulo, Brasil.

⁴ Professora doutora do curso de Tecnologia em Radiologia da FAMESP, São Paulo, Brasil.

Resumo

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais acomete a população feminina, seu tratamento inicial vem se tornando, com o passar dos anos, cada vez mais conservadora, incluindo vários tipos de tratamentos cirúrgicos e complementares como a quimioterapia, a hormonoterapia e a radioterapia. A radioterapia é um método capaz de destruir as células tumorais por meio do uso controlado de feixes de radiação ionizante que leva à formação de íons, protegendo em parte as células saudáveis. Sua administração em dose única e elevada durante o ato operatório tem ganhado novos adeptos na comunidade médica para o tratamento de câncer nos estágios iniciais. A radioterapia intraoperatória proporciona uma integração completa entre a cirurgia e a radioterapia, tendo significativos avanços no tratamento cirúrgico conservador do câncer de mama, podendo eliminar vestígios que ainda possam existir depois da cirurgia e impedindo, dessa maneira, a formação de metástase. Além disso, ela vem sendo muito eficaz no auxílio do tratamento do câncer de mama, priorizando atingir somente o tecido doente e preservando os tecidos saudáveis adjacentes, podendo erradicar possíveis metástase e favorecer uma maior sobrevida ao paciente.

Palavras-chave: Câncer de mama. Cirurgia. Radioterapia.

INTRODUÇÃO

Mundialmente o câncer de mama é o segundo tumor maligno mais frequente, excluindo-se apenas cânceres de pele não melanoma, sendo também a primeira causa de morte entre as mulheres. Estima-se que, no Brasil, entre os anos 2018-2019, ocorrerá a incidência de 59.700 novos casos de câncer de mama (INCA, 2018).

Uma vez diagnosticado o câncer de mama, este deve ser tratado o mais

brevemente possível. Para isso, buscam-se diversas formas de tratamentos, a fim de obter maior sobrevida do paciente, melhores prognósticos e menores sintomatologias (PINTO et al., 2012). Dentre as terapias, pode ser realizada a quimioterapia neoadjuvante e/ou adjuvante; a cirurgia para retirada do nódulo; e a radioterapia, podendo esta variar conforme a avaliação diagnóstica (ROSA; RADUNZ, 2013).

A radioterapia consiste em um método de tratamento local com o uso de radiações ionizantes que combatem o crescimento de células tumorais, podendo ser aplicada junto com cirurgia, pré, intra e pós-operatória ou administrada em conjunto com a quimioterapia (MARTA et al., 2011). A radioterapia intraoperatória (IORT) é um procedimento clínico multidisciplinar, quando se aplica a dose de radiação dentro do tecido mamário. Isso é feito habitualmente, em dose única, logo após a retirada do tumor. Essa radiação usada é a ionizante e tem a função de interagir nos tecidos e dar origem a elétrons rápidos que ionizarão o meio e criarão efeito químico (BROMBERG; HANRIOT; NAZÁRIO, 2013). A IORT pode ser considerada uma forma de irradiação parcial da mama, proporcionando uma integração completa entre cirurgia e radioterapia, uma vez que permite eliminar resíduos tumorais microscópicos com doses relativamente elevadas, numa fase em que ainda não existem alterações do ambiente vascular. Sendo combinada com uma cirurgia de ressecção tumoral, pode maximizar alguns efeitos radiobiológicos. Sendo assim, a utilização de uma dose única e elevada de radiação aperfeiçoa o fator tempo ao irradiar precocemente, submetendo o paciente a um único procedimento anestésico (ALVES, 2013). Dessa forma, consegue-se diminuir significativamente a possibilidade de repopulação acelerada do tumor, além disso, protege os tecidos/órgãos saudáveis adjacentes que podem ser desviados do campo de irradiação (BROMBERG; HANRIOT; NAZÁRIO, 2013).

Dessa forma, o presente estudo busca unir as informações publicadas referente ao

tema da IORT, evidenciando esse método como tratamento adjuvante à excisão cirúrgica do tumor, trazendo maiores benefícios ao paciente.

Câncer de mama

O tumor de mama é um processo resultante da multiplicação de células anormais da mama que forma um tumor, podendo este ser benigno ou maligno. Nos tumores benignos, as células se multiplicam ordenadamente, podendo comprimir os tecidos adjacentes, mas não de maneira invasiva. Em contraponto, nos tumores malignos, as células sofrem uma grande mutação, que formam tumores assimétricos e de crescimento desordenado, que se multiplicam rapidamente e causam o surgimento de pequenos vasos que nutrem o tumor (ZACHARY; McGAVIN, 2013; INCA, 2018).

Durante o desenvolvimento tumoral, as novas células buscam produzir uma quantidade maior de fatores angiogênicos que estimulam a formação de novos vasos sanguíneos, além de alterações na estrutura da matriz extracelular, resultando em perda de alguns fatores de aderência que aceleram a invasão do tumor para tecidos adjacentes e metástases (PERL et al., 1999). O processo metastático executa-se por meio da migração da célula cancerígena do tumor primário por vias sanguíneas e/ou linfática, atingindo os gânglios linfáticos e posterior disseminação do câncer para outros órgãos (HANAHAN; WEINBERG; FRANCISCO, 2000).

O câncer de mama relacionado ao fator genético e hereditário pode corresponder de 5% a 10% do total dos fatores, sabendo que a presença de um ou mais desses fatores não

quer dizer que a mulher terá o câncer. Homens também podem ter o câncer de mama, mas corresponde apenas a 1% do total dos diagnosticados com câncer (INCA, 2018). Contudo, a literatura demonstra que não apenas os fatores genéticos e hereditários influenciam no processo de carcinogênese mamária, mas também há correlação com idade avançada, características reprodutivas, hábitos de vida, ambiente, consumo de bebidas alcoólicas, reposição hormonal e fatores epigenéticos (microambiente tumoral) (POLYAK; 2007; KRAVCHENKO et al., 2011).

Sintomas e diagnósticos

Os principais sinais e sintomas de câncer de mama são nódulos fixos, endurecidos na mama e/ou axila, dor na região, alterações da pele que recobre a mama, como abaulamento ou retrações com aspectos semelhantes à casca de laranja e avermelhada, podendo ter saídas espontânea de líquidos.

O diagnóstico do câncer é baseado nesses sintomas e em exames de imagens como a mamografia, que é considerada o exame padrão-ouro, em conjunto com a ultrassonografia e a ressonância, que desempenham um papel fundamental na detecção. Além delas, outras tecnologias têm sido estudadas nas mamas, tais como: tomografia por emissão de pósitrons (PET), espectroscopia, tomografia computadorizada, tomossíntese e a ultrassonografia com contraste (NASCIMENTO et al., 2015).

No entanto, para saber qual o tipo de tumor de mama que a mulher apresenta para a escolha do melhor tratamento, é necessário o exame histopatológico. Os tumores mamários são

classificados conforme o aspecto histológico do tecido e de suas características de invasão. Dessa forma, encontramos: *carcinoma ductal in situ*, *carcinoma lobular in situ*, *carcinoma ductal invasivo* e *carcinoma lobular invasivo* (LAKHANI et al., 2012).

Portanto, o prognóstico e a escolha do tratamento são baseados no diagnóstico do tumor em conjunto com outras características como idade do paciente, estágio da doença, níveis de receptores de estrogênio e de progesterona, medidas de capacidade proliferativa do tumor, situação da menopausa e saúde geral deste (MALZYNER; CAPONERO; DONATO, 2000).

Tratamento

Os principais tipos de tratamento para o câncer de mama são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (MATSEN; NEUMAYER et al., 2013). O tratamento cirúrgico pode ocorrer por meio de dois tipos de cirurgia: a conservadora, que é o tratamento padrão para o câncer em estágio inicial; e a não conservadora, a mastectomia, que é o tratamento primário para o câncer de mama. Esta é uma intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingindo tecidos circundantes ou até mesmo a retirada da mama, dos linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais (MALZYNER; CAPONERO; DONATO, 2000).

A quimioterapia pode ser neoadjuvante, que tem como objetivo reduzir o volume tumoral, tornando tumores irrissecáveis em ressecáveis e/ou possibilitando a cirurgia conservadora. Já a quimioterapia adjuvante é realizada após a

cirurgia para eliminar micrometástases (VICI et al., 2014).

O tratamento com hormonioterapia é usada em pacientes com receptor hormonal positivo (BARRON et al., 2013). Esse tratamento consiste em utilizar antagonistas que sejam semelhantes ou supressores de hormônios, evitando que o estrogênio se ligue, dessa maneira, em seus receptores, impedindo que ajam como fatores de crescimento das células tumorais (BRITO et al., 2014).

A sequência de quimioterapia e radioterapia após tratamento conservador necessita ser considerada em função de múltiplas variáveis que influenciam ambos, recidiva local ou metástase a distância, priorizando a modalidade inicial em função do risco para a paciente. Além do tratamento locorregional e sistêmica, existem os curativos e o paliativo (SCHWANKE; SCHNEIDER, 2008).

Os tratamentos curativos podem ter duas definições como o curativo adjuvante, que é realizado primeiro a cirurgia e, logo depois, a radioterapia. No curativo neoadjuvante, é realizada primeiramente a radioterapia para que o tumor possa diminuir seu tamanho e para que a cirurgia seja mais eficaz. Já o paliativo é usado para diminuir sangramentos, dor, obstruções, podendo ser em período curto ou longo, fazendo com que a paciente tenha uma qualidade de vida melhor (SCHWANKE; SCHNEIDER, 2008).

Radioterapia intraoperatória (IORT)

A radioterapia é um componente fundamental para o tratamento conservador do câncer de mama, que usa uma dose pré-calculada de radiação e é aplicada em um

determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando irradiar todas as células tumorais com o menor dano possível para as células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada (MARTA et al., 2011).

Entre as diversas técnicas de radioterapia, a modalidade intraoperatória vem revolucionando o tratamento do câncer de mama inicial. Segundo o Bromberg, Hanriot e Nazário (2013), a técnica aumenta a eficácia da terapia e reduz o número de exposições desnecessária à radiação, limitando o tratamento local onde o tumor primário estava presente. É um procedimento clínico multidisciplinar que prevê a administração de uma dose única de radiação ionizante durante uma intervenção cirúrgica. Para a realização, é necessária uma equipe composta por médico radio-oncologista, cirurgião, anestesista, físico-médico, tecnólogo em radioterapia e equipe de enfermagem. O médico radio-oncologista é responsável por decidir a dimensão do campo, a energia do feixe, o tipo de aplicador e a dose de radiação administrada do tratamento. Essas decisões são tomadas com a elaboração do físico médico para garantir controle local e a proteção de órgãos (SANTOS, 2017). Com uma equipe adequada, é possível que a técnica seja aplicada com sucesso para outras neoplasias, além da mamária, como sarcoma de retroperitônio, tumores pancreáticos, gástricos, retais (OKUNIEFF et al., 2007).

A fonte da radiação é direcionada diretamente para o leito tumoral, imediatamente após o tumor ter sido retirado ainda durante a cirurgia. O tecido tumoral

adjacente ao tumor ressecado é tratado, sendo que o feixe de energia é direcionado com o auxílio de um tubo denominado colimador, que fica em contato direto com o tecido mamário e delimita a área a ser irradiada, e afastadores especiais são utilizados para proteger a pele do campo de irradiação (SCHWANKE; SCHNEIDER, 2008). Além disso, a radioterapia intraoperatória com elétron permite eliminar resíduos tumorais microscópicos com doses relativamente elevada (megavoltagem) numa fase que não exista alteração do ambiente vascular, predominando o metabolismo aeróbio que maximiza a radiosensibilidade dos tecidos tumorais, podendo diminuir a possibilidade de repopulação acelerada do tumor (SANTOS, 2017).

Após a cirurgia, a radioterapia tem como finalidade eliminar qualquer vestígio que possa existir de células tumorais. Sua realização é factível sem dificuldades intraoperatória, apenas requerendo maior tempo cirúrgico devido à necessidade de mobilização da paciente para a sala de acelerador linear. O tratamento irradiante é considerado de curta duração (BROMBERG; HANRIOT; NAZÁRIO, 2013). A técnica pode ser prescrita como dose de reforço (Boost) durante a cirurgia, antes da radioterapia externa, otimizando o resultado e diminuindo a necessidade de sessões (HOSPITAL OSWALDO CRUZ, 2018).

A radioterapia intraoperatória possui vantagens acerca dos efeitos colaterais, pois minimiza alguns efeitos decorrentes da irradiação de pele, subcutâneo, pulmão e coração, prevenindo que o tratamento local seja adiado para a realização da terapêutica

sistêmica. Além disso, a taxa de complicação é baixa, com os efeitos colaterais reportados até o momento como necrose gordurosa, fibrose discreta, que eventualmente necessita de abordagem cirúrgica e dor local transitória (LUINI; ORECCHIA et al., 2005).

Outra vantagem ocorre referente à radioterapia externa em pacientes com câncer de mama inicial, que usa dose única equivalente, imediatamente após a citorredução em tecido ricamente vascularizado, nas técnicas que veem a melhor localização do sítio de ressecção, dose homogeneamente distribuída, permitindo o tratamento similar em paciente com constituição física desfavorável – mamas volumosas, posicionamento prolongado não tolerado. Promove o maior conforto nos pacientes em situações clínica terminais, além de reverberar na questão econômica, pois o tratamento é mais curto, com menor custo que o tratamento convencional, possibilitando o retorno mais rápido ao trabalho e às atividades de vida diária (OKUNIEFF, 2007).

CONCLUSÃO

A radioterapia intraoperatória vem sendo muito eficaz no auxílio do tratamento do câncer de mama, sendo utilizado após a cirurgia para que possa posteriormente evitar uma recidiva tumoral. Esse tratamento visa à erradicação local do tumor com uma dose única, priorizando atingir somente o tecido doente, preservando a saúde dos tecidos sadios adjacentes. Muitos pacientes que têm a oportunidade de chegar a essa etapa do tratamento conseguem aumentar consideravelmente a chance de sobrevida,

tendo por consequência uma relação direta na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. Radioterapia intraoperatória e neoplasia da mama. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, n. 27, 2013.
- BARRON, T. I. et al. A nested case-control study of adjuvant hormonal therapy persistence and compliance, and early breast cancer recurrence in women with stage I-III breast cancer. **British Journal of Cancer**, v. 109, p. 1513-1521, 2013.
- BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 284-295, 2014.
- BROMBERG, S. A.; HANRIOT, R. M.; NAZÁRIO, A. C. P. Radioterapia intraoperatória como protocolo de tratamento do câncer de mama inicial. **Einstein**, v. 11, n. 4, p. 439-45, 2013.
- HANAHAN, D.; WEINBERG, R. A.; FRANCISCO, S. The Hallmarks of Cancer. **Cell**, v. 100, p. 57-70, 2000.
- HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ: **Hospital Alemão Oswaldo Cruz aposta em radioterapia intraoperatória para melhorar o tratamento de pacientes com câncer**. São Paulo, 2013. Barretos, 2018. Disponível em: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/imprensa/releases/hospital-alemao-oswaldo-cruz-aposta-em-radioterapia-intraoperatoria-para-melhorar-o-tratamento-de-pacientes-com-cancer>. Acesso em: 08 maio 2018.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER: **Estimativa 2018**. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.
- KRAVCHENKO, J. et al. Breast cancer as heterogeneous disease: contributing factors and carcinogenesis mechanisms. **Breast Cancer Research and Treatment**, v. 128, p. 483-493, 2013.
- LAKHANI, S. R. **WHO Classification of tumours of the breast**. International Agency for Research on Cancer, 2012.
- LUINI, A. et al. The pilot trial on intraoperative radiotherapy with electrons (ELIOT): update on the results. **Breast Cancer Research Treatment**, v. 93, n. 1, p. 55-59, 2005.
- MALZYNER, A. Metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1. In: **A mulher e o câncer**. Campinas: Psy, 1997.
- MARTA, G. N. et al. Câncer de mama estágio inicial e radioterapia: atualização. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 468-474, 2011.
- MATSEN, C. B.; NEUMAYER, L. A. Breast cancer: a review for the general surgeon. **JAMA Surgery**, v. 148, p. 971-979, 2013.
- NASCIMENTO, F. B.; PITTA, M. G. R.; RÉGO, M. J. B. M. Análise dos principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo. **Arquivo de Medicina**, v. 29, n. 6, 2015.
- OKUNIEFF, P. Stereotactic Body Radiation Therapy (SBRT) for lung metastases. **Acta Oncology**, v. 45, p. 808-817, 2006.
- PERL, A. K. et al. Reduced expression of neural cell adhesion molecule induces metastatic dissemination of pancreatic beta tumor cells. **Nature Medicine**, v. 5, n. 3, p. 286-291, 1999.
- PINTO, I. V. et al. Completude e consistência dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 20, p. 113-120, 2012.
- POLYAK, K. Breastcancer: origins and evolution. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 117, p. 3155-3163, 2007.
- ROSA, L. M.; RADUNZ, V. Quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia adjuvante e/ou radioterapia adjuvante. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 713-721, 2013.
- SANTOS, J. S. N. **Quantificação de incertezas e comparação de metodologias para medidas *in vivo* em radioterapia intraoperatória**. 2017. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Universidade de Porto, Porto, 2017.
- SCHWANKE, C. H. A.; SCHNEIDER, R. H. **Atualizações em geriatria e gerontologia I: da pesquisa básica a prática clínica**. Rio Grande do Sul: Edipucrs, 2008.

VICI, P. et al. Non-pegylated liposomal doxorubicin-cyclophosphamide in sequential regimens with taxanes as neoadjuvant chemotherapy in breast cancer patients. **Journal of Cancer**, v. 5, n. 6, p. 398-405, 2014.

A LITERATURA NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Marcia Regina Vital¹

¹ Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano (USP), mestre em Distúrbios do Desenvolvimento (MACKENZIE), Licenciatura em Pedagogia (Unicapital).

RESUMO

Este trabalho tem como temática a literatura na educação infantil e mostra como esse recurso pode ajudar no ensino e no desenvolvimento das crianças, além de proporcionar momentos agradáveis e formar futuros leitores. Para realizá-lo, foram feitas pesquisas bibliográficas com autores que afirmam ser a literatura essencial na aprendizagem não apenas para essa faixa etária. O trabalho tem por objetivo mostrar como os professores das instituições de educação infantil podem utilizar a literatura na educação de crianças de 3 a 5 anos de idade, e como esta pode ser significativa no eixo ensino/aprendizagem também para as mais pequenas. Os autores também confirmam que a literatura contribui para o desenvolvimento cognitivo, físico e social das crianças, pois a fantasia lhes proporciona um bem-estar necessário para essa fase da vida. Enfatizam que, para se formar futuros leitores, é importante, desde cedo, conhecer o objeto livro. Dessa forma, reconhece-se que a literatura infantil, com seus contos clássicos, poesias, lendas, é parceira do educador no processo de socialização e aprendizagem da criança, devendo estar presente na rotina diária das instituições de educação infantil.

Palavras-chave: Literatura infantil. Educação infantil. Primeira infância.

INTRODUÇÃO

Literatura sempre foi um passatempo prazeroso para mim, por acreditar que ela proporciona distração, sabedoria e informação. Ao escrever este trabalho, a princípio, preocupei-me com a pesquisa bibliográfica que fizesse referência à literatura para crianças ainda não alfabetizadas, mais propriamente as de 3 a 5 anos de idade. No entanto, minha experiência como educadora infantil, aliada à vivência de colegas de profissão, ajudaram-me a mostrar como essa ferramenta pode auxiliar no ensino e no desenvolvimento das crianças, inclusive as mais pequenas, proporcionando momentos agradáveis no mundo do faz-de-conta e ajudando a formar futuros leitores.

Para entender a temática proposta, faz-se necessário mostrar o percurso histórico cultural da literatura infantil, assim como seus principais autores; a evolução da sociedade e da instituição escolar em relação à infância; abordar a utilização da literatura na sala de aula, mesmo com crianças que não saibam ler; a arte de contar histórias; o papel dos quadrinhos; e o hábito de leitura em pré-escolares.

LITERATURA INFANTIL – PERCURSO HISTÓRICO-CULTURAL

A literatura infantil é um produto cultural da sociedade contemporânea que oferece à criança um meio de ensiná-la por meio de fábulas ou narrativas. Contar histórias é um costume antigo, dando origem à

literatura infantil, com a adaptação de contos populares contados por pessoas comuns. Na Idade Média, com objetivo de educar moral, política e religiosamente, eram escritas fábulas em manuscritos, podendo ser histórias romanceadas, contos de cavalaria e coleções de histórias sobre animais reais ou imaginários.

No século XVII, algumas obras foram publicadas e posteriormente classificadas como literatura infantil, tais como: *Fábulas* de La Fontaine (editadas entre 1668 e 1694); *Os contos da mãe ganso* de Charles Perrault, publicado em 1697, dentre outros. O educador Comênio acreditava que a literatura infantil deveria divertir e ensinar. Dessa forma, lançou, em 1658, o primeiro livro infantil ilustrado: *O mundo em quatro quadros*.

O grande precursor da literatura infantil é Charles Perrault (1628-1703), embora tenha negado o gênero por temer ser ridicularizado pela Academia Francesa de Letras da qual fazia parte. Dessa forma, atribuiu a seu filho autoria de *Os contos da mãe ganso* (coletânea de vários contos como: A bela adormecida, O barba azul, O gato de botas, As fadas, O chapeuzinho vermelho etc.).

No século XVIII, enfatizando o ser infantil no âmbito pedagógico, inicia-se o interesse da criação de uma literatura específica, cuja adaptação de contos populares e folclóricos alavancasse a inserção da criança culturalmente na sociedade. A partir daí, pode-se dizer que começam a surgir, no mercado livreiro, livros específicos para o público infantil. Também nesse século, ocorre outra mudança na sociedade: a escola surge como uma instituição que objetivava fortalecer a política e a ideologia burguesa.

A partir do século XIX, a literatura passa a ser escrita e reescrita e novos autores surgem, consagrando a literatura infantil com contos que se tornaram clássicos. Para Coelho (1985), esse século é considerado renovador, pois a criança passa a ser vista como ser que necessita de cuidados específicos para seu crescimento físico, psicológico e cognitivo, surgindo, então, novos conceitos de vida, educação e cultura, abrindo caminhos para a área pedagógica e literária. “Pode-se dizer que é nesse momento que a criança entra como um valor a ser levado em consideração no processo social e no contexto humano” (p.108).

Dentre os autores que se destacaram nesse século, podemos citar: os irmãos Jacob e Wilhelm Grimm, que escreveram narrativas de lendas, contos folclóricos e histórias de sua terra (Alemanha). Seus contos agradavam tanto adultos como crianças, pois continham o fantástico, a fantasia e o mítico. A obra mais famosa foi *Contos de fadas para crianças e adultos*, publicado entre 1812 e 1822, onde estavam escritos os contos: A bela adormecida, Os músicos de Bremen, Os sete anões e a Branca de Neve, O chapeuzinho vermelho, A gata borralheira, O pequeno polegar, Joãozinho e Maria, entre muitos outros.

Hans Christian Andersen, vinte anos depois, seguia a linhagem dos irmãos Grimm, porém com obras mais amadurecidas e ligadas ao cotidiano. Teve 168 contos publicados entre 1835 e 1872, entre eles: O patinho feio, O soldadinho de chumbo, Os cisnes selvagens, A roupa nova do imperador, João e Maria, João Grande e João Pequeno etc.

No Brasil, embora haja alguns registros datados do século XIX, a produção e publicação foram feitas quase no século XX. Tudo começou com a implantação da Imprensa Régia por D. João VI, em 1808, quando algumas obras literárias voltadas para crianças começaram a ser publicadas como, por exemplo, a tradução de *As Aventuras do Barão Munkausen*.

Entre os séculos XIX e XX, a produção de livros infanto-juvenis se fortalece em função da nova visão de educação estabelecida no país, e as traduções e adaptações de livros firmam a consciência de que uma literatura própria, que valorizasse o nacional, fazia-se necessário. Com o intuito de traduzir, para a língua portuguesa, contos estrangeiros de sucesso, e de tentar popularizar a literatura no Brasil, *Contos da carochinha* foi a primeira coletânea brasileira de literatura infantil, iniciativa tomada por Alberto Figueiredo Pimentel.

Grande parte dos esforços para a popularização dos livros para crianças deve-se a vários escritores, mas o que demarcou a literatura infantil foi Monteiro Lobato. “Ando com ideias de entrar por esse caminho: livros para crianças. De escrever para marmanjos já me enjoei. Bicho sem graça. Mas para criança, um livro é todo um mundo” [...] (LOBATO *apud* COELHO, 1985, p. 187).

Após Monteiro Lobato, a literatura infantil foi contemplada com novos autores com interesse no desenvolvimento intelectual e na diversão infantil. Algumas obras lançadas nas décadas de 1980 e 1990 foram: *O menino maluquinho* de Ziraldo; *Marcelo marmelo martelo* de Ruth Rocha; *Chapeuzinho amarelo* de Chico Buarque; *A bolsa amarela* de Lígia

Bojunga Nunes; *A arca de Noé* de Vinícius de Moraes e muitas outras.

LITERATURA NA SALA DE AULA

Com uma nova visão de infância (fase da vida diferente da fase adulta), de criança como ser que necessita de cuidados e de desenvolvimento, a escola passa a assumir dois papéis: introduzir a criança na vida adulta e protegê-la das agressões do mundo ao seu redor.

Estudiosos afirmam que ouvir histórias na idade pré-escolar ajuda o desenvolvimento da criança no que se refere à memória, à imaginação, além de iniciá-la como aprendiz de leitor. “É papel da escola auxiliar na formação de leitores que produzam sentido por meio de diálogo com diversos gêneros literários” (ANDRÉ, 2004, p. 19). No entanto, o educador luta contra outro fator que acomete o hábito da leitura: a tecnologia, pois atualmente as crianças passam muito tempo em frente à televisão, no vídeo game, no computador, no celular, cabendo a este oferecer a literatura de forma prazerosa e atraente.

A batalha dos educadores não deve ser contra o progresso, mas contra a má apresentação que os livros sofrem nas escolas, tornando-se, muitas vezes, chatos. Para que isso não aconteça, a seleção de livros adequados a cada faixa etária torna-se imprescindível.

A literatura infantil resgata o lúdico na aprendizagem e proporciona contato com a linguagem escrita, tornando-se ferramenta para a alfabetização, o conhecimento de mundo e o autoconhecimento. Ao contar histórias, o educador propicia à criança seu primeiro contato com a linguagem escrita

padrão (diferente da linguagem oral) além de aumentar seu vocabulário, uma vez que muitas palavras que não conhece são ouvidas pela primeira vez ao narrar de uma história.

A relação com o livro antes de aprender a ler auxilia a criança a torná-lo significativo como um objeto que proporciona satisfação. Isto ocorre porque, ao tocar, manusear, olhar, alisar o livro e brincar com suas folhas e gravuras, a criança sente um prazer similar ao proporcionado por um brinquedo. (ANDRÉ, 2004, p.18)

A pluralidade cultural também pode ser abordada por meio da literatura. Conhecer culturas e povos diversos pode ser atraente para as crianças, que “entram” nas histórias e “viajam” por lugares distantes, podendo entender que cada povo tem costumes diferentes. Pode-se citar como exemplo a história de Alladin, que vivia na Arábia, apontando localização, origem, costumes, assim como as histórias do folclore brasileiro, onde cada região tem suas lendas e crenças.

Outro ponto que também pode ser trabalhado com a literatura é o preconceito, por meio de contos clássicos - *O patinho feio* (Andersen) ou mesmo por uma história mais atual - *Menina bonita do laço de fita* (Ana Maria Machado). Ambas trazem a questão das diferenças raciais, e o educador, interagindo com a criança de forma que ocupe o lugar da personagem, faz com que ela conheça, respeite as diferenças do outro e perceba que isso acontece também na sala de aula.

A ARTE DE CONTAR HISTÓRIAS

Ao ouvir histórias, a criança aprende a lidar com as emoções, muitas ainda desconhecidas. De acordo com Bettelheim (2002), todo conto de fada emite ao leitor/ouvinte uma ideia importante ao consciente, ao pré-consciente e ao

inconsciente que ajuda a lidar com os problemas comuns ao homem, de qualquer natureza, como medo da morte, medo do abandono, sentimento de culpa, raiva, inveja, entre muitos outros. O conto de fada oferece resoluções para esses problemas, pois incentiva a lutar contra as adversidades e dá a ideia de que a vitória é possível.

Para contar histórias e tornar esse momento agradável e proveitoso (tanto para o contador quanto para o ouvinte), algumas estratégias são requeridas: a história deve agradar não só as crianças, mas também aquele que a contará; a história deve despertar alguma coisa em quem a contará: ou porque é bela e divertida ou porque tem uma boa trama ou porque acalma uma aflição (ABRAMOVICH, 1989).

Crianças até três anos, geralmente, gostam das que tratam de bichos, brinquedos e objetos, com personagens da vida real – papai, mamãe, vovó, vovô e irmãos; crianças de três a seis anos gostam de histórias da fase anterior e outras de repetição e acumulativas, histórias de fadas, histórias de crianças; aos sete anos, histórias de crianças, animais e encantamento, aventuras no ambiente próximo (família, comunidade), de fadas. (ZANOTTO, 2003, p. 6)

Devem-se evitar estereótipos como, por exemplo, dizer que todas as princesas são sempre loiras, todos moram em castelos etc. O importante é fazer com que as crianças se sintam à vontade para criar suas histórias, inserir-se nelas como personagens e aceitar-se do jeito que são.

O PAPEL DOS QUADRINHOS

Durante mais de 100 anos, as histórias em quadrinhos sofreram várias mudanças, sendo a principal a transição de literatura inútil à ferramenta pedagógica. O início desse

ISSN 2177-0875

gênero literário data do começo do século XX com o lançamento da revista infantil Tico-Tico, em 1905, inspirada na revista francesa *La Semaine de Suzette*. Em maio de 1950, Victor Civita funda a Editora Abril e lança a primeira revista com personagem de Walt Disney no Brasil, *O Pato Donald*. Ziraldo, em 1959, lança *Pererê* que abordava temas polêmicos como reforma agrária e ecologia. Maurício de Souza, na década de 1960, lança *A Turma da Mônica*, passando a produzir revistas em série e utilizar-se de merchandising nas vendas.

Com a repressão militar, na década de 1970, os quadrinhos passaram a trazer críticas sociais e políticas, sofrendo censura. Na década de 1980, o mercado se abre para artistas como Laerte (Piratas do Tietê), Angeli (Chiclete com Banana), Glauco (Geraldão) e Fernando Gonsales (Níquel Náusea), voltados para o público jovem e adulto.

De acordo com Guedes, Guimarães e Vieira (2004), o trabalho com as histórias em quadrinhos é relevante, à medida que, hoje, é uma forma de expressão importante na nossa cultura, participando do universo infantil.

O HÁBITO DE LEITURA EM PRÉ-ESCOLARES

Para as crianças que ainda não sabem ler (pré-alfabetização) e para as que estão aprendendo (alfabetização), é importante que se tenha contato com o livro desde cedo, pois este é fonte de prazer, diversão e informação.

A leitura, pelo seu próprio mecanismo de reflexão e percepção, influencia na formação do indivíduo. Como possibilidade reflexiva, age na ativação da memória e da criatividade, na expressão oral e escrita, ou seja, os resultados da leitura como prática diária são cada vez melhores em qualidade e quantidade. (ROCHA, 1987, p. 40)

Na educação infantil, a hora da história é uma atividade desenvolvida diariamente, oferecendo oportunidade para as crianças fantasiarem sobre o mundo mágico que o livro propicia. Na faixa etária de três a cinco anos, os livros, se apresentados corretamente, podem fazer com que as crianças adquiram gradativamente o hábito de leitura. “O ideal é que pais e filhos, mesmo os de colo, possam compartilhar uma experiência gostosa na descoberta do mundo dos livros” (SANDRONI; MACHADO, 1986, p. 12).

Com relação à biblioteca, é preciso que seja um local agradável, com livros ao alcance das mãos das crianças, acomodados em pequenas estantes ou caixotes. Os títulos devem conter ilustrações bonitas e coloridas, pois é por meio delas que a leitura começará e acontecerá. É importante também que os livros sejam renovados com regularidade.

As crianças deveriam frequentar a biblioteca desde cedo, iniciando um contato agradável com os livros ilustrados mesmo antes da matrícula escolar. Poderiam se portar na biblioteca como quisessem, ficar sentadas ou deitadas, isto é, na posição que preferissem: importaria apenas o hábito que começa com o manuseio do livro que se inicia. (SANDRONI; MACHADO, 1986, p. 31)

CONSIDERAÇÕES

No decorrer deste trabalho, ficou evidenciado que não se pode desistir da literatura na educação infantil, pois além de ser recurso lúdico-pedagógico, é por meio dela que o conhecimento chega às crianças. As histórias infantis têm muito mais do que princesas e bruxas, trazem lições implícitas em meio ao faz-de-conta, servindo de ferramenta para abordar temas como pluralidade cultural, problemas sociais, discriminação, preconceito etc.

Com a pesquisa bibliográfica, pode-se conhecer o percurso histórico-cultural da literatura infantil, bem como seus principais autores, contemporâneos ou não. Se o costume de contar histórias está nos primórdios da civilização, em volta de fogueiras, este precisa ser levado para as salas de aula, mas não só com o intuito de distração. Ao contar histórias, o educador mexe com os sentimentos da criança, com o senso de espaço e coletividade, despertando sua criatividade e imaginação por meio de atividades de dramatização ou recontagem da história.

O trabalho também mostrou que o hábito de leitura pode ser construído desde o nascimento, pois o contar histórias antes de dormir ajuda a desenvolver um esquema narrativo na criança que ainda não sabe ler. Ao ingressar na instituição infantil, ela terá mais contato com os livros, daí a importância de se ter uma biblioteca na escola e, principalmente, nas salas de aulas.

Retomando a afirmação de André (2004), a relação com o livro proporciona satisfação à criança, pois ao ter contato com ele, sente prazer igual ao de um brinquedo.

A literatura só tem a contribuir na educação infantil, pois mesmo a criança que ainda não sabe ler, por meio das histórias contadas, aprende valiosas lições e as compartilha com seus parceiros e, também, com o educador.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, F. **Literatura infantil: gostosuras e bobices**. São Paulo: Scipione, 1989.

ANDRÉ, T. C. **Literatura infantil – práticas adequadas ajudam a despertar o gosto pela**

literatura. Revista do Professor, Porto Alegre, n.78, p. 18-21, abr/jun. 2004.

BETTELHEIM, B. **A psicanálise dos contos de fadas**. 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

COELHO, N. N. **Panorama histórico da literatura infanto-juvenil: das origens indo-europeias ao Brasil contemporâneo**. 2. ed. São Paulo: Global, 1985.

GUEDES, A. O.; GUIMARÃES, D.; VIEIRA, N. Produzindo uma revista em quadrinhos. **Revista do Professor**, Porto Alegre, n.77, p.38-42. jan/mar 2004.

ROCHA, J. C. **Políticas editoriais e hábito de leitura**. 2. ed. São Paulo: Com Arte, 1987.

SANDRONI, L. C.; MACHADO, L. R. **A criança e o livro – guia prático de estímulo à leitura**. Série Educação em Ação. São Paulo: Ática, 1986.

ZANOTTO, M. A. C. Recontar histórias – atividade é importante para a formação das crianças pré-escolares. **Revista do Professor**, Porto Alegre, n.74, p.5-9, abr./jun. 2003.

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

Carla Lima
