

Revista Científica da FAMAM

TEXTURA

V. 8 - N. 14 - Jan-Jun de 2015

ISSN: 1809-7812

Textura - Revista Acadêmica da FAMAM

V. 8 - N. 14 - Jan-Jun de 2015



Governador Mangabeira (BA)
Jan - Jun / 2015

DIRETOR DA FAMAM

Weliton Antonio Bastos de Almeida

DIRETORAS DO CEMAM

Jucinalva Bastos de Almeida Costa

Janelara Bastos de Almeida Silva

EDITORA RESPONSÁVEL

Claudia Cecilia Blaszkowski de Jacobi

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Pinheiro Martinelli (Universidade de São Paulo)

Alex Gutterres Taranto (Universidade Federal de São João Del Rei)

Andrea Jaqueira da Silva Borges (Faculdade Maria Milza)

Antonio Souza do Nascimento (EMBRAPA)

Carmen Lieta Ressurreição dos Santos (Universidade Estadual de Feira de Santana)

Celi Nelza Zulke Taffarel (Universidade Federal da Bahia)

Edmar José de Santana Borges (Universidade Federal da Bahia)

Elizabeth Rodrigues da Silva (Faculdade Maria Milza)

Maria Lucia Silva Servo (Universidade Estadual de Feira de Santana)

Marina Siqueira de Castro (Universidade Estadual de Feira de Santana/Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola)

Ricardo Lopes de Melo (Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano)

Robson Rui Cotrim Duete (Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola/Faculdade Maria Milza)

Sérgio Roberto Lemos de Carvalho (Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola/Faculdade Maria Milza)

Simone Garcia Macambira (Universidade Federal da Bahia)

CAPA

Nelson Magalhães Filho

Ficha Catalográfica

TEXTURA. Faculdade Maria Milza. - v. 1, n. 1. (jan. - jun. 2006) - Cruz das Almas, BA, 2006.

Semestral

ISSN: 1809-7812

1. Arquitetura e Urbanismo 2. Ciências Agrárias I 3. Engenharias III 4. História 5. Interdisciplinar I. Faculdade Maria Milza II. Título

Tiragem: 200 exemplares

Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, desde que devidamente citada a fonte.

SUMÁRIO

Quadro clínico e qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose pélvica	1
<i>Suely de Jesus Rosário; Robson Rui Cotrim Duete</i>	
Diagnóstico diferencial em acupuntura em três casos de dor.....	15
<i>Talita da Costa Papas</i>	
Integralidade: um eixo norteador do cuidado no programa de saúde da família?	25
<i>Tatiane Santos Couto de Almeida; Suélem Maria Santana Pinheiro Ferreira</i>	
A relevância dos dípteros na entomologia forense	33
<i>Elizabeth Santos Pinho Lemos; Larissa Rolim Borges-Paluch; Tiana Pereira dos Santos Cerqueira</i>	
La sociedad contemporánea y los retos de la educación para adultos mayores	43
<i>Adilton Mendes; André B. Sandes; Carlos Magno Pessoa; Sonia Celeste</i>	
O pedagogo e o processo de humanização do ambiente hospitalar	51
<i>Lucas da Silva Santos; Tânia Maria Santos de Sousa</i>	
A ocasião faz o ladrão: repensando o ensino de filosofia no ensino médio	59
<i>Rony Henrique Souza</i>	
O paradigma cooperativista e sua interconexão com as estruturas solidárias: uma nova perspectiva na formação de políticas públicas	67
<i>Leandro Teixeira e Silva</i>	
A importância do custeio baseado em atividade (<i>activity based costing - ABC</i>) e suas disparidades com os métodos tradicionais	75
<i>Rosinaldo da Silva Passos; Marineusa Araújo Silva</i>	
A importância da utilização do equipamento de proteção individual na minimização das lesões provocadas pelos acidentes de trabalho	85
<i>Jamile Andrade Souza e Kátia Maria Mendes Silva</i>	

APRESENTAÇÃO

Este número reúne artigos que abrangem diversos temas de interesse acadêmico incluindo trabalhos de pesquisa, revisões bibliográficas e ensaios.

O artigo que abre esta edição, *Quadro clínico e qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose pélvica*, apresenta os resultados de uma pesquisa realizada em Cruz das Almas, Bahia, com mulheres acometidas por essa doença e analisa a evolução de sua qualidade de vida após tratamento.

O segundo texto, *Diagnóstico diferencial em acupuntura em três casos de dor*, traz como tema um método terapêutico milenar que vem conquistando cada vez mais espaço na medicina tradicional, que reconhece a sua eficácia no tratamento da dor e de processos inflamatórios.

Integralidade: um eixo norteador do cuidado no programa de saúde da família é uma criteriosa revisão bibliográfica que levanta argumentos a favor de um atendimento mais integral e integrado no Programa Saúde da Família frente à fragmentação das práticas médicas.

Na interface entre Saúde e Criminalística, o artigo *A relevância dos dípteros na entomologia forense* analisa o importante papel de alguns insetos na determinação da causa da morte em processos criminais.

Os dois trabalhos seguintes, *La sociedad contemporánea y los retos de la educación para adultos mayores* e *O pedagogo e o processo de humanização do ambiente hospitalar* são ensaios que discutem a importância da inclusão social por meio de atividades educativas seja para pessoas da terceira idade ou para crianças e adolescentes hospitalizados.

Em *A ocasião faz o ladrão: repensando o ensino de Filosofia no ensino médio*, o autor faz reflexões sobre os desafios do ensino dessa disciplina a adolescentes e jovens alunos na atualidade.

A seguir, *O paradigma cooperativista e sua interconexão com as estruturas solidárias: uma nova perspectiva na formação de políticas públicas* conceitua e discute o modelo cooperativista, estabelecendo uma interconexão com as estruturas solidárias e sua importância na formação de novas políticas públicas.

A importância do custeio baseado em atividade (activity based costing - abc) e suas disparidades com os métodos tradicionais discute as vantagens e desvantagens de um sistema detalhado de cálculo de custos que pode ser aplicado tanto por empresas que oferecem produtos quanto pelas que oferecem serviços.

O trabalho que fecha esta edição, *A importância da utilização do equipamento de proteção individual na minimização das lesões provocadas pelos acidentes de trabalho*, é o resultado de uma pesquisa realizada numa indústria da cidade de Cruz das Almas e trata de um tema bastante importante para a saúde e segurança do trabalhador como é o equipamento de proteção.

Com este número, incorporam-se ao Conselho Editorial da revista os professores Andrea Jaqueira da Silva Borges, Antonio Souza do Nascimento e Ricardo Lopes de Melo.

Desejamos a todos uma boa leitura!

Claudia Cecilia Blaszkowski de Jacobi
Editora

QUADRO CLÍNICO E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE ENDOMETRIOSE PÉLVICA¹

CLINICAL PICTURE AND LIFE QUALITY OF WOMEN WITH PELVIC ENDOMETRIOSIS

Suely de Jesus Rosário²
Robson Rui Cotrim Duete³

A endometriose pélvica é uma patologia freqüente entre mulheres, de causas que ainda necessitam de confirmação, e ainda sem cura; muitas mulheres desconhecem os sintomas e ignoram serem portadoras da mesma. Tais aspectos ressaltam a importância da realização de mais estudos. A presente pesquisa teve como objetivo conhecer o quadro clínico e a qualidade de vida de mulheres portadoras da endometriose pélvica no município de Cruz das Almas. Para isso realizou-se uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. As participantes foram cinco mulheres atendidas por uma médica ginecologista em uma clínica particular do município de Cruz das Almas. Os instrumentos de coleta dos dados foram um roteiro contendo as informações a serem transcritas dos prontuários e o questionário WHOQOL SF – 36 PESQUISAS EM SAÚDE. A pesquisa foi realizada na clínica médica, onde foram consultados os prontuários, e na residência das mulheres, onde foram aplicados os questionários de qualidade de vida. A análise dos dados foi realizada a partir dos cálculos do Raw Scale (para os dados obtidos no questionário SF – 36); as informações constantes dos prontuários foram organizadas em categorias de respostas associadas à freqüência absoluta e/ou relativa. As pacientes M2 e M4 informaram que após a realização do tratamento da endometriose pélvica, a qualidade de vida melhorou 86,5% e 84,62 %, respectivamente. As pacientes M1 e M3 acham que após submissão ao tratamento da endometriose pelvica suas qualidades de vida melhoraram 69,29 % e 42,48 %, respectivamente. E a paciente M5 considerou ter melhorado, 30,69 %.

Palavras-chave: Endométrio. Mulher. Doença ginecológica.

Endometriosis is a frequent pelvic pathology among women that has no cure and its causes must still be confirmed. Many women are unaware of the symptoms and do not know they carry the disease. Hence the importance of undertaking more studies on the subject. The aim of this research was to analyze the clinical picture and the life quality of women with pelvic endometriosis in Cruz das Almas, Bahia, Brazil. In order to achieve those objectives, a descriptive qualitative research was carried out with 5 gynecological patients of a private health center. Data were collected from the medical records at the center and by means of the WHOQOL SF – 36 health questionnaire at the women's homes. The questionnaire data were analyzed using the Raw Scale, and the information obtained from the medical records was organized in categories associated to absolute and relative frequencies. Patients M2 and M4 reported that life quality improved 86.5% and 84.62%, respectively after pelvic endometriosis treatment. Patients M1 and M3 reported an improvement of 69.29% and 42.48%, respectively after treatment, while patient M5 showed the lowest improvement (30.69%).

Keywords: Endometrium. Woman. Gynecological disease.

¹ Extraído da monografia da primeira autora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

² Bacharela em Enfermagem pela FAMAM, suelylegal@yahoo.com.br

³ Professor Orientador, Adjunto na FAMAM; Rodovia BR 101 – km 215 – Zona Rural Sungaia – Governador Mangabeira – BA – CEP: 44350-000; rrcduete@oi.com.br

1 INTRODUÇÃO

A endometriose pélvica foi descrita primeiramente em 1860 por Rokitanski, porém somente a partir de 1920 surgiram trabalhos mais detalhados com a nomenclatura de endometriose. De acordo com Fernandes et al. (2003), naquele mesmo ano, Sampson publicou relato a respeito das graves alterações e distúrbios da endometriose, despertando o interesse mundial pela doença e propiciou, assim, o surgimento de novas pesquisas e estudos na área. Devido ao grande aumento da ocorrência desta doença, pouco se sabe sobre sua epidemiologia, principalmente com a dificuldade metodológica por tratar de uma patologia de definição e etiologia desconhecidas.

Conforme Bellelis et al. (2010), esta patologia representa uma afecção ginecológica comum, atingindo de 5%-15% das mulheres no período reprodutivo e até 3%-5% na fase pós-menopausa. Estima-se que o número de mulheres com endometriose seja de 7 milhões nos EUA e de mais de 70 milhões no mundo. Em países industrializados, é uma das principais causas de hospitalização ginecológica. A prevalência estimada varia de 4% entre mulheres assintomáticas a cerca de 50% entre adolescentes com dismenorreia incapacitante (FERNANDES et al., 2003).

Apesar de tudo que está sendo divulgado e publicado sobre essa patologia, o tempo para seu diagnóstico, a partir do início dos sintomas, é ainda muito longo. A idade mediana das mulheres no início do diagnóstico é de 20,5 anos e de 33 anos na ocasião do diagnóstico. A demora ainda é maior em mulheres cujos sintomas sugestivos de endometriose tiveram início ainda na adolescência, sendo o tempo mediano para o diagnóstico superior a dez anos. Entretanto esse fato seguramente aumenta a responsabilidade do ginecologista e do imaginologista.

Caraça et al. (2011) informam que foram

propostas três teorias para explicar a histogênese da endometriose: Transplante ectópico de tecido endometrial; metaplasia celônica e a teoria da indução.

O mesmo Caraça et al. (2011) enfatiza que a teoria da metaplasia celônica propõe que células indiferenciadas do peritônio pélvico teriam capacidade de se diferenciar em tecido endometrial. A teoria do transplante direto explicaria o desenvolvimento de endometriose em episiotomia, em cicatriz de cesariana e em outras cicatrizes cirúrgicas.

Ainda de acordo com eles, a disseminação de células ou tecido endometriais através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações fora da cavidade pélvica. Já a teoria da indução propõe que um fator bioquímico endógeno pode induzir a transformação de células peritoniais indiferenciadas em tecido endometrial.

Bellelis et al. (2010) mencionam a teoria da menstruação retrograda, que postula o implante de células endometriais provenientes do refluxo do sangue menstrual pelas trompas para a cavidade abdominal, que ocorreria pela influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não eliminariam tais células deste local impróprio.

A endometriose pélvica ocorre devido à presença de tecido endometrial (glândulas e estroma) fora do útero, mais frequentemente nas vísceras pélvicas e no peritônio. O aspecto de endometriose varia de algumas lesões mínimas em órgãos pélvicos sem outras alterações. Estima-se que ocorra em 7% das mulheres em idade fértil e, frequentemente, está associada à dor pélvica e a infertilidade (CARAÇA et al., 2011).

De acordo com Febrasgo (2010) a endometriose pode ser classificada em estágios que leva em consideração o tamanho, a profundidade e a localização dos implantes endometrióticos e gravidade das aderências. Há quatro estágios, sendo o estágio 4, o de maior extensão da doença.

Não há, entretanto, correlação entre o estágio da doença, prognóstico e nível de dor. A dor é influenciada pela profundidade do implante endometriótico e sua localização em áreas com maior inervação.

Estágio 1 (doença mínima): implantes isolados e sem aderências significantes; Estágio 2 (doença leve): implantes superficiais com menos de 5cm, sem aderências significantes; Estágio 3 (doença moderada): múltiplos implantes, aderências peritubárias e periovarianas evidentes; Estágio 4 (doença grave): múltiplos implantes superficiais e profundos, incluindo endometriomas, aderências densas e firmes. (FEBRASGO, 2010, p.30)

Apesar de não haver sintomas característicos da endometriose, dificultando assim sua detecção, os sintomas freqüentes são: a dismenorrea (distúrbios menstruais), dores agudas acentuadas muitas vezes comparadas à rotura da gravidez ectópica ou à apendicite (VILA et al., 2010).

De acordo com Fernandes et al. (2003), a dor pélvica, como o quadro de esterilidade, são situações que podem interferir na qualidade de vida das mulheres, ou até levar a incapacidade para o trabalho por períodos variáveis de tempo. A literatura também apresenta dados gerais que relatam que mulheres com endometriose tendem a viver com péssima qualidade de vida física e emocional (MARQUES et al., 2004).

A mulher com endometriose pode enfrentar dor psicológica em grau elevado em conseqüência dos outros sintomas clínicos. Também como conseqüência desse quadro patológico a qualidade de vida das portadoras fica comprometida. Ao vivenciar essas mudanças e experimentar esses sentimentos, a mulher pode desenvolver quadro de depressão que não corretamente diagnosticado e tratado, prejudica o tratamento da endometriose e pode agravar com o decorrer do tempo (MATTA e MULLER, 2006).

A qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito multidimensional que engloba aspectos físicos, psicológicos e sociais relacionados com uma doença ou tratamento em particular (COLWELL et al., 1998).

Nesse sentido, cada mulher tem uma representação de sua doença que é única, tendo suas próprias crenças sobre a sua identidade, causa, duração e até mesmo cura. Essas representações refletem a resposta cognitiva da paciente para os sintomas e a doença. Há casos de endometriose que os médicos não conseguiram diagnosticar, não encontrar causas para dor, encaminharam a paciente para um serviço psiquiátrico. Esses fatos podem gerar, para a paciente, sentimento de aversão a qualquer interpretação psicológica que pode ser feita da sua doença e, a partir daí, cada associação com aspectos emocionais é amplamente desqualificada (MATTA e MULLER, 2006).

Angelotti (2007) explica que as pacientes acometidas por dor crônica reagem de forma estressante, produzindo efeitos nos comportamentos diários que se prolongam ao passar do tempo, tornando-as impotentes e sem habilidades para controlar a intensidade de seu problema. Também os fatores psicológicos que fazem parte da síndrome dolorosa, como a mudança no humor e a ansiedade, podem contribuir para melhorar ou piorar o estado da paciente. A doença pode ser agravada ou amenizada de acordo com o estado emocional da paciente, até mesmo afetando sua vida sexual em função do comprometimento da patologia.

Figueiredo e Nascimento (2008) avaliando a qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose, antes da inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg), observaram que 70% delas sentiam-se sempre ou freqüentemente deprimidas. Ainda de acordo com esses mesmos autores, os sintomas normalmente associados à endometriose – dor pélvica crônica, dismenorrea, dor na defecação, dispaurenia e infertilidade podem

ter um impacto negativo sobre parâmetros psico-sociais e levar a uma redução significativa na qualidade de vida (relacionada à saúde).

Conforme Lorençatto et al. (2007), além do sofrimento físico causado pelos sintomas, a endometriose provoca um impacto negativo na vida da mulher, alterando seu rendimento profissional, sua relação familiar e afetiva, reduzindo sua qualidade de vida e principalmente sua auto-estima.

Minson et al. (2012) concluíram que a qualidade de vida deve ser um aspecto observado no tratamento de pacientes com EDM, principalmente quando se consideram os estudos que apresentam pontos de corte preditivos para melhora dessa dimensão em pacientes submetidos a laparoscopia.

Contrastando com a importância desta patologia, os estudos que buscam avaliar a qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica são inexistentes no Recôncavo baiano, o que estimulou a realização desta pesquisa, que objetivou tipificar a portadora da mencionada doença; relatar os principais sintomas apresentados por elas; apresentar as morbidades que podem estar ocorrendo simultaneamente e/ou, possivelmente, associadas à endometriose e avaliar a qualidade de vida das portadoras da endometriose pélvica.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza retrospectiva, fenomenológica (porque se refere ao estudo de fenômenos, acontecimentos ou fatos, em um cenário natural, buscando a compreensão da ocorrência e os fatores envolvidos nesta dinâmica); e descritiva (porque o fenômeno, fato ou acontecimento é descrito) e de abordagem qualitativa, pois as informações coletadas, para a compreensão do fenômeno estudado são de natureza não-numérica.

As participantes deste estudo foram cinco portadoras de endometriose pélvica, que estavam sendo acompanhadas por profissional médico ginecologista. Tal amostra é de natureza não probabilística do tipo intencional.

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, que aconteceu em uma clínica particular especializada em ginecologia, localizada em Cruz das Almas foram coletadas informações em prontuários. A segunda etapa ocorreu nas residências de quatro das participantes, no município de Cruz das Almas e na residência da outra, no município de Governador Mangabeira.

Os instrumentos de coleta dos dados foram: um formulário contendo as informações que foram transcritas à partir dos prontuários, e o outro instrumento foi o questionário de qualidade de vida WHOQOL SF – 36.

Os dados coletados nos prontuários foram: idade, exames e queixas. Este procedimento foi realizado em uma sala apropriada existente na clínica particular.

O preenchimento do questionário de qualidade de vida WHOQOL SF – 36 foi realizado pela própria mulher, em sua residência. Este é formado por duas partes. A primeira parte é composta por 14 questões, sendo 6 subjetivas e as demais objetivas. A subjetiva foi, apenas, idade; as objetivas foram escolaridade, procedência, religião, situação profissional e renda familiar. A segunda parte é formada por 11 questões objetivas, que permitem avaliar a qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica.

Este estudo preserva todos os aspectos éticos previstos na Resolução 466/12 da Conep/CNS/MS. Sua realização só foi possível depois da autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza através do PARECER CONSUBSTANCIADO nº 61/2013.

Os dados referentes à caracterização sócio-demográfica-cultural das participantes da pesquisa são apresentados na forma de

quadro (técnica de estatística descritiva).

Com as informações referentes à segunda parte do questionário de qualidade de vida SF – 36, procedeu-se, inicialmente, ao cálculo do escore descrito por Bettarello e Saut (2006). Em seguida, procedeu-se ao cálculo do Raw Scale, também descrito por Bettarello e Saut (2006).

Nessa fase os valores das questões foram transformadas em notas de oito domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde zero é o pior e 100 é o melhor resultado para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

1. Capacidade Funcional (CF)

2. Limitação por Aspectos Físicos (LAF)

3. Dor (D)

4. Estado Geral de Saúde (EGS)

5. Vitalidade (V)

6. Aspecto Social (AS)

7. Limitação por Aspectos Emocionais (LAE)

8. Saúde Mental (SM)

Aplicou-se a seguinte fórmula para cálculo de cada domínio:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$$

Nas fórmulas os valores de limite inferior e variação (Score Ranger) são fixos e estão estipulados no quadro que se segue

Quadro 1 – Elementos utilizados para o cálculo das notas de oito domínios que descrevem a qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica

Domínio	Pontuação da (s) questão (ões) correspondente (s)	Limite inferior	Variação (Score Range)
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitação por Aspectos Físicos	04	4	4
Dor	07+08	2	10
Estado Geral de Saúde	01+11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a+e+g+i)	4	20
Aspectos Sociais	06+10	2	8
Limitação por Aspectos Emocionais	05	3	3
Saúde Mental	09 (somente os itens b+c+d+f+h)	5	25

Os valores dos domínios (%) e os resultados referentes à percepção das participantes da pesquisa em relação à saúde em geral agora (questão 02 do questionário SF – 36) foram apresentados na forma de quadro (método da estatística descritiva).

Com as informações obtidas nos prontuários foram criadas categorias de respostas. Cada categoria foi associada ao número de respondentes, ou freqüências absoluta e/ou relativa. Os diferentes valores associados às categorias serviram para comparar as intensidades dos fenômenos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este tópico é subdividido em três subtópicos referentes à caracterização das participantes da pesquisa; quadro clínico das mesmas e qualidade de vida das portadoras de endometriose pélvica.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E CULTURAL DAS PARTICIPANTES

Observam-se no quadro 02 algumas características das cinco participantes da pesquisa. Estas apresentaram idade que variou de 30 a 38 anos, sendo que 02 não revelaram a idade.

O nível de escolaridade é variado, desde o fundamental incompleto até o superior incompleto; este último corresponde ao grau de instrução com maior quantidade de participantes do estudo. A importância do grau de instrução é que ele está associado ao conhecimento e esclarecimento dessas mulheres. Aquelas mais instruídas terão mais autonomia na busca de ajuda de profissionais de saúde para realizar tratamento. E, conseqüentemente, as menos esclarecidas terão mais dificuldades de buscar ajuda e compreender as informações divulgadas nos meios de comunicação.

Quanto à religião, a maioria é católica. Com relação à situação profissional, quatro delas estão inseridas no mercado de trabalho.

Com relação à renda familiar, observa-se uma variação, conforme o quadro 2. Duas mulheres têm renda familiar entre 1,1-2 salários mínimos e outras duas entre 2,1-4 salários mínimos. Esta informação assume importância, pois a existência de renda financeira define o acesso aos serviços de saúde de melhor qualidade e recursos para

custear o tratamento. Aquela participante desempregada e que recebe menos que um salário mínimo tem dificuldades financeiras para adquirir os medicamentos, fato comprovado pela aquisição dos remédios obtidos através de doação.

Com relação à idade e escolaridade da maioria das participantes da pesquisa, vê-se que coincidem com o estudo de Minson et al. (2012), no qual 130 pacientes apresentaram idade entre 21 e 54 anos, sendo que 87% delas tinham terceiro grau completo. As idades das participantes deste estudo são próximas daquelas relatadas por Andrade et al. (2010), que não observaram diferença significativa entre os grupos avaliados (controle, endometriose, endometriose I/II e endometriose III/IV) com relação à média de idade ($33,3 \pm 3,9$; $32,9 \pm 3,7$; $32,6 \pm 3,8$; $33,4 \pm 3,6$, respectivamente). Também se aproximam da média de idade das pacientes, envolvidas no estudo de Vilarino et al. (2011) que foi de $35,0 \pm 3,8$ anos de desvio padrão. Isto mostra que as voluntárias dessa pesquisa desenvolveram a endometriose na mesma

Quadro 2 – Principais características das participantes da pesquisa, em Cruz das Almas, 2013

CARACTERÍSTICAS	NUM. RESPONDENTES
Idade (anos)	
30	1
34	1
38	1
Nd	2
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	1
Ensino médio incompleto	1
Ensino médio completo	1
Ensino superior incompleto	2
Religião	
Católica	3
Evangélica	1
Outras	1
Situação profissional	
Empregado	2
Autônomo liberal	2
Desempregado	1
Renda familiar (num. salários mínimos)	
Menos de 1	1
De 1,1 a 2	2
De 2,1 a 4	2

faixa etária que as de outros estudos.

Não se observou nenhum testemunho da interferência da opção religiosa na adesão ou não ao tratamento de saúde. De acordo com Aquino e Zago (2007), a espiritualidade é uma construção da personalidade de cada ser humano – uma expressão da sua identidade e propósito, à luz da sua história, experiência e aspiração. É por isso que a religião produz alívio ao sofrimento, na medida em que permite mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença.

A inserção da mulher no mercado de trabalho aumenta a predisposição destas em adoecerem. Neste grupo de participantes, observou-se que quatro delas desempenham tarefas fora do lar. Simões e Hashimoto (2012) comentam que mulheres modernas exercem atividades remuneradas, participam do mercado de trabalho, dividem tarefas e responsabilidades, competem socialmente com o homem, conquistam direitos políticos, vivenciam o estresse da vida cotidiana. Porém, esse estilo de vida predispõe as mulheres a mais doenças. Entretanto, este trabalho assalariado pode respaldar os tratamentos de saúde.

Pode-se observar que a renda auferida com seus trabalhos ainda é baixa, variando de

menos de um até quatro salários mínimos. Essas rendas não garantem o acesso à assistência médica, exames complementares e aquisição de medicamentos, pois, são utilizadas para custear as despesas básicas do lar.

Entretanto, conforme Moreira et al. (2005) vários autores já demonstraram que as mulheres que têm endometriose tendem a apresentar status sócio-econômico e grau de instrução mais elevado.

QUADRO CLÍNICO DAS PARTICIPANTES

As condições clínicas das participantes foram avaliadas através de “principais exames realizados” e “principais queixas” relatadas durante a consulta médica.

Considerando os exames realizados, observa-se, no quadro 3, que os mais freqüentemente realizados por todas as mulheres foram hemograma completo, sumário de urina e CA 125. Hemograma completo e sumário de urina foram mais requisitados porque é uma avaliação rotineira e o CA 125 II por ser um dos marcadores que vai identificar a endometriose. A videolaparoscopia, procedimento cirúrgico foi realizada, apenas, em duas clientes, porque o

Quadro 3 – Principais exames realizados pelas participantes da pesquisa, no município de Cruz das Almas, 2013

EXAME	F abs.
CA 125 II	5
USG abdominal	1
USG pélvica com doppler	1
USG transvaginal	3
Hemograma completo	5
Sumario de urina	5
USG transvaginal com doppler	1
Colodoscopia	1
USG pélvica	2
Ressonância magnética da pélvica	1
Videolaparoscopia procedimento cirúrgico	2
FSH	1
Testosterona	1

tratamento medicamentoso realizado não foi suficiente. Três mulheres fizeram a USG transvaginal, que é um exame de imagem de alta definição do útero, endométrio, dos ovários e das trompas, porém não detecta a doença.

A USG pélvica foi realizada em duas mulheres; este exame é utilizado quando a cliente se queixa de muita dor, e através do mesmo pode-se visualizar o agente causal da dor. Os demais exames foram realizados cada um deles em uma só participante da pesquisa, e a aplicação dos mesmos está relacionado ao estágio da doença, ou quadro sintomatológico da mulher.

De acordo com Febrasgo (2010), para comprovação da endometriose é necessária uma análise ginecológica e de exames de imagem minuciosos feitos por médicos experientes em tratar a doença. Em pacientes com sintomas de endometriose realiza-se o exame ginecológico e por meio do toque vaginal. Pode ser possível sentir um nódulo no fundo da vagina ou um cisto no ovário que podem ser sugestivos da doença. Porém, exames de imagem como ultrassom transvaginal com preparo intestinal e ressonância magnética são fundamentais para a confirmação da suspeita do diagnóstico

da endometriose.

Relatam Marinho et al. (2003), que no diagnóstico complementar o mais utilizado é o CA-125, que é um importante marcador para diagnosticar a endometriose. Ultra-som pélvico transvaginal apresenta validade apenas na presença de cistos anexiais crônicos. Porém, possui dificuldade para diagnosticar em estádios iniciais e a impossibilidade de se firmar diagnóstico colocam essa modalidade propedêutica como método adjuvante para a doença. Laparoscopia é o método diagnóstico para a endometriose além de permitir seu tratamento.

Piato (2002) comenta que após a suspeita clínica, os exames mais indicados para comprovação diagnóstica são: laparoscopia (visualizar as lesões e obter material para o estudo histológico); ultrasonografia tanto pélvica como transvaginal (detecção e acompanhamento de endometriomas nos ovários); ressonância nuclear eletromagnética (visualizar lesões endometrióticas ocultas a laparoscopia, por aderências pélvicas); e dosagens de marcadores séricos (principalmente o CA-125).

Quadro 4 - Principais queixas relatadas à Médica, por as participantes da pesquisa, em Cruz das Almas, 2013

QUEIXAS	F abs.
Desconforto abdominal	3
Cólicas menstruais excessiva mais de 15 dias	2
Dores nos membros inferiores	5
Dor pélvica	5
Dismenorréia excessiva	1
Cefaléia	2
Diarréia	2
Diminuição da libido	1
Desanimo	2
Dor emocional	1
Cansaço	1
Depressão	1
Insônia	1
Câimbra	1

Considerando as queixas, conforme se pode observar no quadro 4, as mais freqüentes foram dores nos membros e dor pélvica, em seguida as dores abdominais, cólicas excessivas, cefaléia e diarreia. Percebe-se que a dor é um dos piores problemas enfrentados pelas mulheres com diagnóstico de endometriose, afetando sua vida em muitos aspectos. Das cinco mulheres participantes do estudo, somente duas não foram na emergência em algum momento em função da dor.

As queixas e/ou sintomas decorrentes da presença da endometriose pélvica, conforme pode ser visualizado no quadro 4, são diversificadas, o que encontra respaldo nos autores que se seguem.

Segundo Freitas et al.(2006), o sintoma mais comum é a dor pélvica que, na maioria das vezes, é cíclica e exacerba-se no período perimenstrual, podendo irradiar-se para membros inferiores ou região lombar. Conforme comentários de Navarro, Barcelos e Silva (2006), várias mulheres tem depressão, angústia, irritabilidade, tristeza, enfim, os mais variados sentimentos, dismenorrea: dores em cólica de forte intensidade, dispareunia; dor na relação sexual, cefaléia, diarreia, diminuição do libido, câimbra durante este período.

Reação inflamatória promove alterações anatômicas e funcionais locais que clinicamente se refletem no surgimento de dor pélvica, nos membros inferiores e infertilidades (FREITAS et al., 2006).

QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida segundo os domínios

O termo "Qualidade de vida" abrange muitos fatores que, em conjunto, oferecem ao ser humano condições de vida consideradas satisfatórias. Boa educação, boas condições de moradia, bons empregos, bom convívio social, bem-estar integral, ou seja, fatores que aumentam a expectativa de vida e

transformam a sobrevivência em algo prazeroso.

No questionário de qualidade de vida SF – 36 Pesquisa em Saúde, a avaliação é feita à partir de oito domínios, que podem ser visualizados no quadro 4. Para isso, os valores dos mesmos são expressos em Raw Scale (%), que é adimensional, onde 100 indica melhor resultado e 0 pior resultado.

Neste sentido, apenas os seguintes domínios exibiram nota máxima: "Aspectos sociais" três notas 100, enquanto "Limitação por aspectos emocionais" e "Limitação por aspectos físicos" tiveram duas notas 100, cada uma deles. Por outro lado, "Capacidade funcional" exibiu uma nota 100. Os domínios "Limitações" exibiram, ainda, duas notas zero.

Analisando-se as notas obtidas por cada uma das participantes da pesquisa, observa-se, ainda no quadro 5, que M2 obteve quatro notas 100, exibindo a maior média 86,5. A paciente M4 apresentou três notas 100, o que resultou na segunda maior média. E M1 apresentou apenas uma nota 100, conferindo-lhe média igual a 69,29. A paciente M5 que apresentou duas notas 0, alcançou a menor média, 30,69.

Considerando a média de todos os domínios para cada uma das participantes, pode-se observar, ainda no quadro 5, que as melhores condições de qualidade de vida, após o tratamento da endometriose pélvica, foi nas opiniões de M2 e M4, seguidas por M1; e as piores foram avaliadas por M3 e M5.

De fato, a participante M5, a que percebeu que sua qualidade de vida melhorou apenas 30,69% após se submeter ao tratamento da endometriose pélvica, não apresentou 100% em nenhum dos domínios. De forma análoga, a participante M3 também não obteve índice Raw Scale máximo, o que permite entender que, segundo ela, sua qualidade de vida melhorou apenas, 42,84% após o tratamento da patologia.

Afirmam Lorençatto, Vieira e Maia (2002) que além dos conflitos emocionais, com o passar do tempo a mulher portadora de

Quadro 5 – Valores (%) dos domínios utilizados para avaliação da qualidade de vida de mulheres portadoras de endometriose pélvica, em Cruz das Almas, 2013

DOMÍNIOS	PARTICIPANTES DA PESQUISA				
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5
Capacidade funcional	65	100	70	95	45
Limitação por aspectos físicos	75	100	50	100	0
Dor	51	72	52	94	22
Estado geral de saúde	52	67	37	77	40
Vitalidade	90	65	45	55	45
Aspectos sociais	100	100	12,5	100	37,5
Limitação por aspectos emocionais	33,3	100	33,3	100	0
Saúde mental	88	88	40	56	56
MÉDIA	69,29	86,5	42,48	84,62	30,69

endometriose pélvica acaba transformando sua rotina de acordo com a presença da dor, deixando velhos hábitos e adotando novos comportamentos, podendo, ainda, se afastar do convívio social, sentindo que é difícil falar com as pessoas ao seu redor sobre sua doença e sofrimento, tendo dificuldade em manter os laços afetivos entre familiares e amigos.

Ainda no quadro 5 observa-se que três das cinco participantes (M1, M3 e M5) apresentaram os menores escores de “Dor”, o que significa que tal sintoma é mais intenso, provocando desconforto físico e emocional. A participante M2 apresenta um escore para este sintoma menos intenso que as outras três. E, apenas M4 informou apresentar melhor qualidade de vida em relação a “Dor”.

Os sintomas normalmente associadas à endometriose - dor pélvica crônica, dismenorrea, dor na defecação, dispareunia e infertilidade podem ter um impacto negativo sobre parâmetros psico-sociais e levar a uma redução significativa na qualidade de vida (relacionada à saúde). Dessa forma, a endometriose, com todos os seus sintomas, influenciam a vida das mulheres afetadas, das carreiras aos relacionamentos, até os planos futuros para a concepção. E com o diagnóstico, possivelmente essas mulheres experimentam uma série de frustrações e

conflitos emocionais como raiva, angústia, ansiedade, medo – sentimentos comuns em todas as pessoas que se descobrem com alguma doença crônica, mais significativamente quando esta é pontuada por quadros algícos que podem se tornar importantes (FIGUEIREDO e NASCIMENTO, 2008).

De acordo com Matta e Muller (2006), qualidade de vida e dor estão em associação imediata para as participantes que ainda sofrem com as dores provocadas pela endometriose. Fernandes et al. (2003) confirmam que a dor pélvica crônica, como o quadro de esterilidade, são situações que podem interferir na qualidade de vida das mulheres ou até levar à incapacidade para o trabalho por períodos variáveis de tempo. A literatura também apresenta dados gerais que relatam que mulheres com endometriose tendem a viver com péssima qualidade de vida física e emocional (MARQUES et al., 2002).

Em consonância com os últimos relatos, Romão (2008) concluiu que pacientes com dor pélvica crônica apresentam escores de depressão e ansiedade mais elevados que os pacientes sem DPC; como consequência, os portadores da dor apresentavam escores de qualidade de vida menores que os pacientes sem DPC. Pacientes com ansiedade também apresentavam depressão.

Percepção sobre a saúde atual

As respostas à questão nº2 do questionário de qualidade de vida WHOQOL SF – 36 não são utilizadas para o cálculo do Raw Scale, por isso, são apresentadas individualmente, o que pode ser visualizado no quadro 6.

Duas participantes declararam que sua saúde em geral é “Muito melhor agora do que antes do tratamento”. Outras duas informaram “Quase a mesma coisa do que antes do tratamento” e, apenas uma “Um pouco melhor agora do que antes do tratamento”.

Confrontando tais informações com as médias dos domínios por paciente, encontradas no quadro 5, pode-se afirmar que as duas primeiras são, possivelmente, M2 e M4. As outras duas M3 e M5. A que se sente “Um pouco melhor agora do que antes do tratamento”, é, provavelmente, M1.

Minson et al. (2012), ao estudarem a importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose, relataram que os resultados sugeriram que o estadiamento da doença não é determinante da intensidade da dor. Por um lado, o tempo de manifestação dos sintomas também não apresentou relação com a intensidade da dor e com os escores do SF-36. Por outro lado, a intensidade da dor apresentou associação com menores escores em algumas escalas do SF-36. Os autores concluíram que: “As pacientes com endometriose apresentaram escores de qualidade de vida inferiores ao da população em geral e inferiores a algumas outras patologias.”.

De acordo com a classificação da endometriose pélvica proposta por Febrasgo (2010), a cliente M 1, que está no “estágio leve”, apresentou média da qualidade de vida igual a 69,29; a M 2, no “estágio moderado”, teve a percepção que a sua qualidade de vida melhorou 86,5%; enquanto M 3, que se encontra no “estágio moderado”, exibiu média de 42,48 %; por outro lado, M 4, cuja patologia está no “estágio médio”, apresentou 84,62 % de melhoria na qualidade de vida. E, M 5 portadora de endometriose “estágio severo” informou ter melhorada a qualidade de vida, após o tratamento, em apenas 30,69 %.

CONCLUSÕES

As participantes da pesquisa e portadoras de endometriose pélvica exibiram diversificados valores (%) dos domínios utilizados para avaliação da qualidade de vida o que permitiu afirmar que M2 e M4 informaram que após a realização do tratamento da endometriose pélvica, a qualidade de vida melhorou 86,5% e 84,62 %, respectivamente. As pacientes M1 e M3 acham que após submissão ao tratamento da endometriose pelvica suas qualidades de vida melhoraram 69,29 % e 42,48 %, respectivamente. E a paciente M5 considerou ter melhorado, apenas, 30,69 %.

De acordo com a classificação da endometriose pélvica proposta por a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a cliente M1, está no “estágio leve”; a M2 e M3, no “estágio

Quadro 6 - Percepção de mulheres em relação à própria saúde, antes e depois do tratamento da endometriose pélvica

Comparada ao período antes do tratamento, como você classificaria sua saúde em geral, agora?	
Muito melhor agora do que antes do tratamento.	2
Um pouco melhor agora do que antes do tratamento.	1
Quase a mesma coisa do que antes do tratamento.	2
Um pouco pior agora do que antes do tratamento.	--
Muito pior agora do que antes do tratamento.	--

moderado”; por outro lado, M4, está no “estágio médio” e M5 é portadora de endometriose “estágio severo”.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. Z de. et al. Marcadores séricos de estresse oxidativo em mulheres inférteis com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2010; 32(6), 279-285.

ANGELOTTI, G. **Terapia Cognitivo-comportamental para os transtornos de ansiedade**. Casa do Psicólogo, 2007.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Revista Latino americana de Enfermagem**. 2007; v.15, n.1; on-line.

BELLELLIS, P. et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos da endometriose pélvica – uma serie de casos. **Rev Assoc Med Bras**. 2010; v.56, n.4, p.467-71.

BETTARELLO, P de A.; SAUT, T. B. **Análise dos resultados do questionário sobre qualidade de vida – SF 36, após aplicação do Lian Gong em 18 terapias e de ginástica laboral, em funcionários do setor de editoração do Centro Universitário Claretiano de Batatais – SP**. 2006. 74f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário Claretiano, São Paulo, 2006.

CARAÇA, D. B.; et al. Mecanismos fisiopatológicos da dor pélvica na endometriose profunda. **Diagn. Tratamento**. 2011; v.16, n.2, p.57-61.

COLWELL, H. H.; et al. Hhealth-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. **Am J Obstet Gynecol**. 1998; 179(1):47-55.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. **Manual de Orientação em Endometriose**. 2010. 139p.

FERNANDES, A. et al. Demora para diagnosticar a endometriose pélvica em serviço público de ginecologia em Campinas. **Revista de Ciências Médicas**, 2003; v. 12, n.2, 123-129.

FIGUEIREDO, J de; NASCIMENTO, R. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadoras de endometriose após inserção do Sistema Intra-Uterino Liberador de Levonorgestrel (SIU-LNg). **Arquivos Catarinenses de Medicina**; v.37, n.4, 2008. p. 20-26.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

LORENCATTO, C. et al . Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 48, n. 3, Sept. 2002 . p.217-221.

LORENÇATTO, C.; et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2007; v.53, n.5, p.433-438.

MARINHO, R. M. et al. **Ginecologia Endócrina: Manual de Orientação**. São Paulo: Ponto, 2003.

MARQUES, A.; et al. Quality of life in Brazilian women with endometriosis assessed through a medical outcome questionnaire. **Journal of Reproductive Medicine**, 2004, 49(2), 115-120.

MATTA, A. Z da.; MULLER, M. C. Uma análise qualitativa da convivência da mulher com sua endometriose. **Psicologia, saúde e doenças**, vol. 7, n. 1, p. 57-72, 2006.

MINSON, F. P.; et al. Importância da avaliação da qualidade de vida em pacientes com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2012; v.34, n.1, p.11-15.

MOREIRA et al, **Estresse e função reprodutiva feminina**. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil, Recife, v. 5, n. 1, p. 119-125, 2005.

NAVARRO, P.A de A. S.; BARCELOS, I. D. S.; ROSAE SILVA, J. C. Tratamento da endometriose. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. [online]. 2006, vol.28, n.10 [citado 2014-12-17], pp. 612-623.

PIATO, S. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

ROMÃO, A. P. M. S. **O impacto da ansiedade e depressão na Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica**. Ribeirão Preto, 2008. 89p.: II. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de

Concentração Biologia da Reprodução.

SIMÕES, F. I. W.; HASHIMOTO, F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas. 2012. n.2, ano 1, 25p.

VILA, A. C. D.; VANDENBERGHE, L.; SILVEIRA, N. de

A. A vivência de infertilidade e endometriose: pontos de atenção para profissionais de saúde. **Psic. Saúde & Doenças**, v.11, n.2, 2010. p.

VILARINO, F. L.; *et al.* Análise do polimorfismo Fok1 do gene VDR em mulheres inférteis com endometriose. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2011; v.33, n. 2, p.65-69.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ACUPUNTURA EM TRÊS CASOS DE DOR *DIFFERENTIAL ACUPUNCTURE DIAGNOSIS IN THREE CASES OF PAIN*

Talita da Costa Papas¹

O trabalho aborda o Ba Gang, um dos tipos de diagnóstico em acupuntura. Foi realizada uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo em três casos clínicos com os seguintes objetivos: (a) analisar os temas abordados neste tipo de diagnóstico diferencial em acupuntura; (b) referenciar o Ba gang dos casos em estudo aos autores mais estudados em acupuntura; (c) refletir sobre o diagnóstico em acupuntura no tratamento da dor. Analisamos os casos de três mulheres com queixas de dor em alguma parte do corpo. A dor foi descrita em detalhe seguindo o relato das pacientes e os dados coletados foram analisados de acordo com o Ba Gang e seus padrões. Síndromes, substâncias vitais e sugestões de pontos em acupuntura sistêmica foram considerados enfatizando as características interdisciplinares da medicina integrativa, cujo foco é a pessoa como um todo integrado de mente e corpo.

Palavras-chave: Acupuntura. Diagnóstico. Dor.

This paper is about Ba gang, a type of acupuncture diagnosis. An exploratory research was carried out on three clinical cases within a qualitative approach. The objectives of this study were to: (a) analyze the issues considered in this kind of acupuncture diagnoses; (b) relate the Ba gang of the cases under study to renowned acupuncture specialists; (c) reflect on the acupuncture diagnosis in pain treatment. We analyzed the cases of three adult women complaining of pain in some part of their bodies. The pain was described in detail following the women reports and the data collected were analyzed according to the Ba gang and its patterns. Syndromes, vital substances and systemic acupuncture points were also considered emphasizing the interdisciplinary characteristics of integrative medicine that focuses on the person as a whole and integrates mind and body.

Keywords: Acupuncture. Diagnosis. Pain.

¹Pós-graduanda em Saúde com especialização em Acupuntura pela FAMAM, Servidora Pública, Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia. Endereço: Rua Sotero Monteiro n.57, ap 302, Pituba, Salvador, Bahia. C.Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6380539051200046>. E-mail: talita.papas@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A acupuntura, como área de ensino e pesquisa, é uma especialidade na área da saúde, a qual pode estar inserida nos cursos de graduação em Medicina e Biomedicina ou, ainda, na pós-graduação. O curso de especialização em Acupuntura da FAMAM, dessa forma, refere-se ao aprendizado da técnica de acupuntura, que é um método terapêutico chinês milenar, cuja aplicação de agulhas pode estar relacionada à cura de doenças (NOZABIELI; FREGONESI, 2000).

A acupuntura, antes vista como alternativa aos tratamentos convencionais, já não é mais tão alternativa assim. A medicina ocidental já reconhece sua eficácia nos processos anti-inflamatórios e analgésicos (TAKIGUCHI et al., 2008) e ela tem sido cada vez mais associada e procurada no tratamento da dor, por se tratar de um método seguro, custo-efetivo e com baixos índices de efeitos colaterais (MORÉ et al., 2011).

O diagnóstico em si, em acupuntura, compreende outros tipos de identificação dos padrões, além do Ba gang, foco deste projeto, e, nisto, ele se insere, portanto, como diagnóstico diferencial em acupuntura.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo geral aprofundar sobre o diagnóstico diferencial em acupuntura, o Ba gang, nomenclatura em chinês para a “identificação dos padrões” (MACIOCIA, 1996), de acordo com os oito princípios^{2,3}, em três casos com queixa de dor. Além disso, ele buscou: (a) investigar, com maior profundidade, quais aspectos são abordados no diagnóstico diferencial em acupuntura de acordo com os oito princípios (Ba gang), bem como eles se inter-relacionam; (b) referenciar o Ba gang nos casos em questão aos autores mais estudados; (c) investigar a respeito do

diagnóstico em acupuntura no tratamento da dor e tecer possíveis comentários com relação às substâncias vitais⁴, cinco elementos, síndromes e pontos sugeridos na acupuntura sistêmica.

Diante do exposto, o presente trabalho justifica-se no o avanço na inter-relação entre acupuntura, psicologia e melhora da dor para proporcionar melhor qualidade de vida ao paciente. Além disto, a leitura deste artigo poderá proporcionar, aos acupunturistas iniciantes, uma maior facilidade na elaboração do ba gang de cada paciente, técnica diagnóstica primordial e precedente ao tratamento em si em Acupuntura sistêmica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Através do estudo de caso da pesquisa qualitativa e de caráter exploratório, foram entrevistados, durante o mês de Março de 2014, três casos com queixas de dor e seus discursos foram analisados para compor o Ba gang, diagnóstico diferencial em Acupuntura, segundo o referencial da Medicina Tradicional Chinesa (MTC). O estudo pode ainda ser considerado de caráter clínico, pois o instrumento de pesquisa, isto é, a ficha diagnóstica, é utilizada, igualmente, com enfoque clínico, visando a melhoria na dor e, conseqüentemente, na qualidade de vida do paciente.

O local de investigação ocorreu no Serviço de Acupuntura da Faculdade Maria Milza (FAMAM), para o curso de pós-graduação em Saúde desta instituição, com especialização em Acupuntura. Tal Serviço funciona atualmente no centro do município de Cruz das Almas, Bahia. Em seguida, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da FAMAM.

Os sujeitos do estudo foram

²Estes princípios foram criados por Cheng Zong Ling na Dinastia Qing e referem-se a quatro duplas interrelacionadas: (a) interior e exterior; (b) deficiência ou vazio, plenitude ou cheio; (c) Yin e Yang, (d) frio e quente (AUTEROCHE; MACIOCIA, 1992, 1996).

³Existem outros tipos de “identificação dos padrões” (MACIOCIA, 1996). São eles: (a) identificação dos padrões de acordo com Qi, Xue e Jin Ye; (b) identificação dos padrões de acordo com os sistemas internos (zang fu); (c) identificação dos padrões de acordo os fatores patogênicos; (d) identificação dos padrões de acordo com os meridianos; (e) identificação dos padrões de acordo com os seis estágios; (e) identificação dos padrões de acordo com os quatro níveis; (e) identificação dos padrões de acordo com o triplo aquecedor.

⁴“Substâncias vitais são Qi, Xue, Jing, Jin ye” (MACIOCIA, 1996, p.49)

selecionados mediante primeira consulta com queixa de dor aguda ou crônica em uma ou mais partes do corpo, como queixa principal para o motivo da procura do tratamento com acupuntura. A participação do sujeito na pesquisa foi de caráter voluntário, com possibilidade de desistência a qualquer momento. Além disso, foi-lhes perguntado se desejariam se submeter ao diagnóstico da dor em acupuntura e se o fariam por consentimento livre e esclarecido. Para isto, então, assinaram um termo imediatamente antes de o instrumento ser-lhes aplicado. Alguns dados foram confirmados, posteriormente, com os sujeitos e eles objetivaram a confirmação do estabelecimento da síndrome dos Zang Fu (vide notas de rodapé 3 e 5), a qual não é o tema principal deste artigo.

O procedimento adotado foi a aplicação de uma entrevista semidirigida com os participantes da pesquisa, na qual são realizadas perguntas acerca do tema em questão com fins de elaboração do Ba gang.

RESULTADOS

Caso 1

O início do episódio de dor do caso 1 foi há mais de um mês, mediante esforço físico ao carregar a neta. Nisto, a paciente desenvolve quadro de dor crônica na coluna torácica, ao nível do “VG6” (FOCKS, 2008, p. 473), apenas aliviada com uso de anti-inflamatórios e relaxantes musculares, mas não extinta. Além disto, o caso 1 aponta outros casos de dor em coluna de familiares.

A dor está relacionada ao calor e é descrita pelo caso 1 como incômoda, fixa e piora com o movimento e exercícios físicos. Ela foi descrita com intensidade 4, em uma escala de zero a dez. Além disso, o caso 1 apresenta como queixa secundária cansaço e insônia com dificuldade para começar a dormir, todavia, ela não costuma acordar cansada. Queixa-se de dor dentro do olho, olhos secos e usa colírio a respeito, já tendo

tido descolamento de retina.

Neste dia, as unhas do caso 1 encontravam-se pálidas e de cor rosa claro. A língua durante a primeira consulta encontrava-se curta, pálida, petecas no centro e na ponta, com revestimento lingual ou saburra branca fina, seca, com fissura central irregular. Já a nível sublingual, ela estava pálida e com veias sobressalentes. O pulso direito estava intermitente, intermediário, escorregadio e tendente ao rápido com, aproximadamente, 82 BPM (Batidas Por Minuto). O pulso esquerdo estava intermitente, vazio, profundo, escorregadio, com, aproximadamente, 83 BPM (Batidas Por Minuto). As fezes, quando questionada a respeito, eram pastosas, duras, cheiravam e afundavam. A urina era amarela e concentrada.

Caso 2

O caso 2 descreve, como início do episódio de dor, a tendinite e a osteoporose, sem episódio de dor relacionado a familiares. Além disso, apresenta, em ressonância magnética, hérnia de disco na coluna cervical e na lombar, além de inflamação crônica no quadril, referindo usar Musclare, Sedalex, Mirtax e Miosan para reduzir a dor.

A dor no trapézio bilateral sente há, aproximadamente, dois anos. Refere dor à palpação e acrescenta maior incômodo, quando comparada ao quadril, apesar de achar esta intensa. Quando questionada a respeito, caracteriza a dor como crônica incômoda, maçante ou “constante” (sic.), aborrecida, irrita. Além disso, a dor arde, queima, repuxa ou “sente espasmos” (sic.), penetra, pulsa. Ela é difusa, atinge uma área, piora e estala com o movimento e está relacionada à atividade física. Esta dor apresentava-se com intensidade entre 7 e 8, em uma escala de 0 a 10.

A dor no quadril sente há, aproximadamente, oito anos. Não refere dor à palpação no local, no momento da entrevista. Esta dor é caracterizada por ser aguda, intensa, maçante, desgastante. Sente

fisgada, calor, queimação, ardor, ferroadada. Ela é corrosiva, difusa, piora com o movimento e a atividade física. A dor no quadril não pulsa e refere-se à região número 9, principalmente do lado esquerdo do corpo.

O caso 2 já havia sido atendido com acupuntura no ambulatório da FAMAM e encontrava-se retornando para reiniciar o tratamento. No dia da entrevista, esta paciente não referiu febre, mas sentia calor, calafrio, com preferência para o tempo frio, apesar de estar calor. Ela acrescenta sentir calor vespertino na época e referiu ter olhos secos, quando questionada a respeito, principalmente, após cirurgia de miopia. O caso 2 apresentava quadro de dor em dois lugares do corpo e descreveu cada uma de forma singular, como referido anteriormente. Já fez uso de medicações para dor.

No dia da entrevista, a língua do caso 2 encontrava-se caída, vermelha (sublingual), violácea nas laterais, com revestimento lingual espesso, amarelo e rachadura central. O pulso direito estava intermitente, profundo, em corda, com força, com, aproximadamente, 63 BPM (Batidas Por Minuto). O pulso esquerdo estava intermediário, vazio com, aproximadamente, 63 BPM. A urina é descrita como, constantemente, de cor amarelo e fosco. As fezes, segundo a paciente, eram marrom claro, inteiras, ressecadas, duras e afundam.

Caso 3

A dor descrita pelo caso 3 começou no calcanhar há trinta anos estando, segundo a paciente, relacionada à artrose, com incidência familiar de artrite em irmãs e pai. Posteriormente, ela migrou para o trapézio e maçã do rosto. Nesta época, a dor era enlouquecedora, chegando a gritar na rua e “garguelar” (sic.) o médico. Paciente queixa-se de dor generalizada e migratória.

A dor no joelho do caso 3, sua queixa principal, começou há quinze anos e localizava-se na frente, do lado esquerdo, na região rachurada da figura 4. Ela

caracterizava-se como crônica, com edema, fria, fixa. Sentia aperto, estalo, queimor, coceira, ardor, ferroadada. A dor esparramava, migrava para o pé, repuxava, pulsava e melhorava com exercícios físicos.

O caso 3 e os anteriores não realizaram cirurgia para tentar diminuir a dor. No dia da entrevista, as unhas do caso 3 encontravam-se rosa claro. Os membros inferiores e superiores são frios. A paciente refere sentir mais calor, prefere o calor e tem temor ou aversão ao frio. Transpira bastante, principalmente, no rosto. A língua, durante a primeira consulta, encontrava-se pálida, espessa, mole, violácea nas laterais, com revestimento lingual branco, grosso e úmido. Já ao nível sublingual, a língua estava com veias sobressalentes, vermelha nas laterais e pálida no centro. O pulso direito estava com, aproximadamente, 75 BPM, em corda, escorregadio, flutuante. O pulso esquerdo estava tendendo ao rápido, com, aproximadamente, 81 BPM, em corda, escorregadio e flutuante. As fezes, quando questionada a respeito, eram marrom claro, úmidas, saíam aos pedaços. A urina era amarela, abundante.

Análise dos casos

Algumas considerações iniciais para compreensão dos oito princípios devem ser feitas (AUTEROCHE, 1992). Além de as duplas de princípios ou padrões a serem inter-relacionadas, há o caráter dinâmico das síndromes, as quais podem mudar sua natureza na evolução, ou ainda, pode haver o aparecimento de manifestações opostas à natureza da enfermidade, tendo, como exemplo, a aparência de um falso calor, calor vazio ou por deficiência, como são os casos 1 e 3.

Após tais considerações a respeito do Ba gang, torna-se possível iniciar a diferenciação entre exterior e interior, relacionada aos casos investigados. O critério utilizado para isso refere-se à localização da

patologia e sua tendência evolutiva. Em uma condição exterior, a patologia está localizada na pele, nos músculos, como e nos meridianos. Em contrapartida, na condição interior, ela localiza-se nos ossos, na medula, nos vasos ou nas vísceras (Zang Fu⁵), como são os casos 1 e 2 (AUTEROCHE, 1992; MACIOCIA, 1996).

Padrão Exterior

Os sintomas referentes à condição exterior costumam ser febre, aversão ao frio, dor generalizada, rigidez no pescoço, pulso flutuante. Não foram encontrados tais sintomas nos casos 1 e 2. O caso 2, apesar de possuir dor em tensão na região do trapézio, não mencionou a respeito de rigidez no pescoço, nem apresentava os outros sintomas. Contudo, o caso 3 expressou-se em um típico "caso bi" de invasão pelo vento, pelo frio e pela umidade com queixas de aversão ao frio, dor generalizada, e pulso flutuante.

Padrão Interior

Esta condição pode ou não originar-se de um fator patogênico exterior. Não se podem generalizar as manifestações clínicas do interior, pois elas dependem do sistema afetado e das outras duplas de calor/frio e cheio/vazio (MACIOCIA, 1996).

A condição interior tem como princípio terapêutico geral "harmonizar o interior". Ela pode ter três causas possíveis: (a) um agente patogênico ataca a superfície do corpo, aprofunda-se e agride as vísceras (Zang Fu); (b) uma energia perversa de origem externa, por exemplo, um alimento contaminado ou uma alimentação imprópria, ataca diretamente os Zang Fu; (c) sentimentos recalçados ou um esgotamento por excesso de atividade sexual pode enfraquecer as

atividades do Zang Fu e ocasionar o surgimento de patologias. (AUTEROCHE, 1992)

O caso 1, por exemplo, em referência ao item "a", citado no parágrafo anterior, referiu como início da dor o esforço físico ao levantar a neta e isto, após mais de um mês, aprofundou-se e atingiu o *baço* (BP) e o *fígado* (F), gerando "deficiência de Qi do *baço/pâncreas* (ROSS, 1985, P.84), "deficiência de sangue" ou Xue⁶ do *fígado* (ROSS, 1985, p.105), "depressão do Qi do *fígado*" (ROSS, 1985, p.112) e "deficiência de Qi do *baço/pâncreas*" (ROSS, 1985, p.84). Isto acabou por gerar umidade e vento no interior.

Os sintomas encontrados nesta paciente e que confirmam a ocorrência da "deficiência de Qi do *baço/pâncreas*" (ibid, 1985, p.84) são: "cansaço, fraqueza muscular, tez amarelada, anorexia, distensão abdominal, edema, fezes soltas, pulso vazio, saburra branca e fina" (ROSS, 1985, p.92).

A deficiência de sangue do *fígado* "não permite a manutenção normal dos tendão musculares" (AUTEROCHE, 1992, p.53) e foi vista no caso 1, mediante "língua pálida e seca, pulso irregular e vazio" (ROSS, 1985, p.114). Já, a "depressão do Qi do *fígado*" (ROSS, 1985, p.112) pode ser vista nela mediante: amenorréia, revestimento lingual branco e delgado, relato de irritação mediante discordância em relações familiares.

No caso 2, a alimentação imprópria (a paciente não come frutas todos os dias e nem almoça) acabou por atacar o elemento madeira, cujos zang fu são o *fígado* e a vesícula e, nisto, a paciente desenvolve dores e problemas articulares.

Padrão Frio

O padrão "frio e quente" apresenta-se

⁵Zang Fu em chinês é a denominação para o conjunto de três categorias de vísceras do corpo humano. As Zang referem-se aos órgãos Coração, Fígado, Baço, Rim e Pulmão. As Fu referem-se aos Intestinos, Estômago, Bexiga, Vesícula Biliar e Triplo Aquecedor. As vísceras de comportamento especial são o cérebro, a medula, os ossos, os vasos, o útero (AUTEROCHE, 1992)

⁶O Xue "é fruto da transformação da essência dos alimentos pelo Baço e o Estômago" (AUTEROCHE, 1992, p.41)

nas quatro formas descritas a seguir: (a) síndromes de frio ou calor em separado; (b) frio e calor emaranhados; (c) como formas evolutivas, nas quais o frio se transforma em calor ou vice-versa; (d) nas formas enganadoras, presentes nos casos 1 e 2, onde o calor positivo tem aparência de frio ou vice-versa (AUTEROCHE, 1992)⁷.

O padrão frio expressa uma diminuição da atividade funcional do organismo e é gerada em três situações: (a) o *Yang* está vazio e o *Yin* fluorescente⁸; (b) há o ataque de frio perverso de origem externa, como no caso 3; (c) a doença crônica lesa o interior. O *Yang Qi*⁹ diminuído não consegue reter o *Yin* e aparecem sintomas como temor do frio melhorado pelo calor, membros frios, ambos pertinentes ao caso 3 (Ibid, 1992).

Padrão Calor

Esta síndrome expressa um aumento da atividade funcional do organismo sendo gerada quando: (a) o *Yin* está vazio e o *Yang* fluorescente, como nos casos 1 e 2; (b) há o ataque de calor perverso de origem externa; (c) houve excitação e congestão de sentimentos que se transformam em fogo, os quais no caso 2 expressam-se em irritabilidade; (d) há desregramento na alimentação cujo acúmulo forma calor, que, no caso 2, expressa-se no fato de não almoçar todos os dias; (d) há cansaço sexual que diminui o *Yin Jing*¹⁰ (Ibid, 1992). O pulso é rápido e a língua vermelha com revestimento lingual amarelo, como no caso 2. O calor pertence a um excesso de *Yang* com vazio de *Yin*, igualmente, presente no caso 2.

Formas enganadoras¹¹

Calor real com aparência de frio

O calor é a verdadeira natureza da doença. O calor interno está em excesso. O *Yang Qi* está bloqueado e não se dissemina até as extremidades. A abundância de *Yang* no interior empurra o *Yin* para o exterior (AUTEROCHE, 1992).

O calor vazio, outra nomenclatura desta forma enganadora, origina-se da deficiência de *Yin*. Se o *Yin Qi* é deficiente por um longo período, o *Yin* é consumido e o *Yang* permanece relativamente em excesso, como no caso 1 (MACIOCIA, 1996). Os sintomas encontrados no caso 1 referentes a calor vazio foram: "sensação de calor à tarde, urina escassa e escura, pulso vazio, língua curta com petecas" (Ibid, 1996, p.236).

Frio positivo com aparência de calor

O excesso de *Yin* e de frio expulsa o *Yang* para o exterior. Os sintomas são febre com desejo de estar coberto, rosto vermelho, sede com desejo de bebidas quentes, pulso grande mas sem força. Os sinais associados de frio são membros frios, urina clara, fezes pastosas, língua pálida, revestimento lingual branco. Estes sinais foram encontrados no caso 3, com exceção das fezes pastosas.

O frio positivo com aparência de calor é comumente ilustrado por duas situações: (a) ciclo de contradominação, encontrado no caso 3, no qual o rim despreza o *baço*; (b) ciclo de agressão, no qual o rim domina o *coração* (AUTEROCHE, 1992).

⁷Para Maciocia (1996), as manifestações clínicas de calor e frio dependem de uma combinação de cheio e vazio sendo divididas em: (a) calor cheio; (b) calor vazio; (c) frio cheio; (d) frio vazio. A combinação de calor e frio pode ainda se localizar no interior ou no exterior sendo divididas em: (a) frio no exterior - calor no interior; (b) calor no exterior - frio no interior; (c) calor ascendente - frio descendente; (d) frio verdadeiro - calor falso e calor verdadeiro e frio falso. Escolheu-se, então, a classificação sugerida por Auteroche (1992) para ser utilizada neste trabalho por considerá-la mais didática.

⁸"Chama-se *Yin Yang* a reunião das duas partes opostas que existem em todos os fenômenos e objetos em relação recíproca no meio natural" (AUTEROCHE, 1992, p.1)

⁹"O *Qi* é, manifestadamente, ora o sopro cósmico universal, ora a energia vital do indivíduo, ora a emanção, a manifestação, o impulso de uma víscera, ora o ar que se respira." (Ibid, 1992, p.33)

¹⁰"*Jing* tem o sentido de 'caminho', 'via'." (Ibid, 1992, p.49)

¹¹A categoria que não foi encontrada em nenhum caso foi retirada do presente trabalho.

No ciclo de contradominação, quando há frio interno positivo, os sintomas são dores abdominais, membros frios, músculos moles, voz fraca, sem apetite, com dilatação abdominal e urinas claras. A língua é mole, espessa com revestimento úmido. O pulso é profundo e tênue. Já, quando há calor externo aparente, a pele é quente, todavia, se esta é pressionada com o dedo, a dor diminui. Ainda no calor externo aparente, há ansiedade, sede com ingestão de pequenas quantidades de água fria, boca seca, dor de garganta. Destes sinais, foram encontrados no caso 3: membros frios, músculos moles, presença de edema no joelho, voz fraca, sem apetite e sem sede, urinas claras, língua espessa, mole, com revestimento úmido.

A terapêutica proposta no ciclo de contradominação é a de restaurar o *baço* e diminuir o rim. No caso 3, foram usados os seguintes pontos com acupuntura sistêmica e moxa para tonificar o *baço* e/ou remover umidade: VC12, E36, BP9 (FOCKS, 2008).

Padrão Vazio¹²

O princípio "vazio e cheio" compreende quatro aspectos: (a) síndromes de vazio e plenitude em separado; (b) vazio e plenitude emaranhados; (c) como formas evolutivas, nas quais o vazio se transforma em plenitude ou vice-versa; (d) nas formas enganadoras onde o vazio positivo tem aparência de plenitude ou vice-versa. (AUTEROCHÉ, 1992)¹³

Nestes tipos, há a insuficiência de energia correta, o Zheng Qi, e isto simboliza o vazio. "Aquele que é atacado por uma energia perversa tem seu Qi correto necessariamente vazio" (ibid, 1992).

Os sintomas são tez descorada ou amarela descorada, astenia, palpitações cardíacas, dispneia, corpo e membros frios,

obnubilação, calor na palma das mãos, sola dos pés e região precordial, transpiração espontânea, transpiração durante o sono, incontinência urinária e de evacuações. A língua tem pouco ou nenhum revestimento. O pulso é vazio e sem força. A etiopatogenia está relacionada à insuficiência do congênito ou à falta do adquirido. Este último está relacionado a quatro causas: (a) intemperança alimentar; (b) fadiga de um dos sete sentimentos; (c) excessos sexuais; (d) doença crônica, insucesso ou erro terapêutico diminuem o Qi correto.

O padrão vazio abrange quatro tipos: (a) *Yin* vazio, como no caso 1; (b) *Yang* vazio, como no caso 3; (c) Qi vazio, como no caso 1; (d) sangue vazio, como no caso 1. O princípio terapêutico utilizado no caso 3 foi o de aquecer o *Yang* com agulha e moxa. Já, no caso 1, buscou-se dar um excedente ao Qi e alimentar o sangue ou desenvolver o *Yin*, pois estavam deficientes, ou seja, vazios. Nisto, foram utilizados, os pontos F8 para tonificar o *Yin* e Xue do Gan (FOCKS, 2008) e os pontos VC17 e VC6 combinados para tonificar o Qi e o Qi original (FOCKS, 2008), podendo ainda ter sido incluídos VC12 e E36.

Padrão Cheio

Nela, há um excesso de Qi perverso, contudo, isto não significa a exaustão, o colapso do Qi correto do organismo. A plenitude caracteriza-se por um estágio agudo na luta entre energia vital e energia perversa, o que no caso 2, expressou-se em um caso agudo de dor no trapézio.

Os principais sintomas, segundo Auteroche (1992), são febre, dilatação abdominal, dor agravada pela pressão, opressão no peito, agitação mental e física, delírio verbal podendo haver perda da razão, polipneia ruidosa, abundância de

¹²Auteroche (1992, p.261) utiliza a expressão "plenitude" ao invés de "cheio"

¹³Da mesma forma, assim como na condição frio – calor, Maciocia (1996) adota outra classificação, sendo esta: (a) Qi vazio; (b) vazio do sangue; (c) Yin vazio; (d) Yang vazio

mucosidade, fezes secas, duras, obstipação, micção difícil. A língua apresenta revestimento lingual espesso e gorduroso. O pulso é cheio e com força. Destes sintomas, o caso 2 apresentou dilatação abdominal, dor agravada pela pressão, opressão no peito, agitação mental e física, polipneia ruidosa. As fezes eram secas, duras, obstipação. A língua apresentava revestimento lingual espesso. O pulso estava em corda e com força.

A etiopatogenia apresenta duas causas: (a) penetração da energia perversa de origem externa, possivelmente relacionada à má alimentação no caso 2; (b) uma disfunção dos órgãos e/ou bloqueio do metabolismo acarreta a formação ou estagnação, sinônimo de depressão, no corpo de produtos patológicos (Ibid, 1992).

Vazio e Cheio emaranhados

Nela, há, durante o mesmo período, excesso do perverso e insuficiência do correto, podendo apresentar-se de três formas: (a) síndrome vazio inserida na de plenitude, onde esta última representa o aspecto principal, como no caso 3, já que ela possui sintomas de vazio, igualmente, contudo, em menor quantidade; (b) síndrome plenitude inserida na de vazio, onde esta última representa o aspecto principal; (c) ambas as síndromes são de igual importância. (AUTEROCHE, 1992)

Padrão Yin Yang

O princípio "Yin Yang" é uma generalização dos outros seis princípios, uma vez que interior, vazio e frio são de natureza Yin, enquanto que exterior, plenitude e calor são de natureza Yang (MACIOCIA, 1996). Ele possui os seguintes aspectos próprios: (a) Yin vazio; (b) Yang vazio; (c) desaparecimento do Yin ou do Yang (AUTEROCHE, 1992).

Yin vazio

É representada por "uma produção de calor interno vazio" (AUTEROCHE, 1992). Os sintomas referentes a ele referem-se a: emagrecimento, boca e garganta secas, vertigens, insônia, oligúria, obstipação, língua sem revestimento, pulso fino. Os sinais de Yin não controlando o Yang são: calor na palma das mãos, na sola dos pés e na região precordial, hipertermia, transpiração durante o sono, língua escarlate, pulso rápido. No caso 1, a fissura central e as petecas no centro da língua, além do relato de insônia "com muita dificuldade para dormir" (sic.) apontaram ainda para a deficiência de Yin do coração. Nisto, foram utilizados pontos para acalmar o shen¹⁴, como é o caso do yt- ou (Ex-HN-3)- e c7, podendo ainda ser utilizado o c3+ (FOCKS, 2008).

Ainda no caso 1, o relato de irritabilidade mediante certas questões familiares, o calor vespertino, a secura nos olhos a ponto de precisar usar colírio sugerem ainda da deficiência de Yin do F. Para isto, foram utilizados os pontos F3- e F8+. O primeiro nutre o Xue e o Yin do fígado (F), além de ser ponto principal para a movimentação de Qi do F (FOCKS, 2008), sendo a estagnação de Qi do F, vista neste caso e já explicada, anteriormente, neste artigo. O segundo nutre o Xue e o Yin do F (FOCKS, 2008), além de eliminar calor e umidade em pulso rápido e escorregadio como o dela.

Yang vazio

O Yang vazio representa uma abundância interna de frio e de umidade. Ele é formado pela associação dos sintomas do Qi vazio e dos sinais de Yang não controlando o Yin. Os sintomas de Qi vazio são: astenia psicossomática, respiração superficial, dificuldade para falar, vontade de dormir, pulso tênue sem força.

¹⁴Shen é uma palavra usada na MTC com a conotação de mente, espírito e consciência...é ainda um indicador de saúde e pode ser avaliado pelo brilho dos olhos e do rosto, pela vivacidade expressa na maneira de cada um" (CAMPIGLIA, 2004, p.88)

Os sinais de *Yang* não mais controlando o *Yin* são: temor do frio melhorado pelo calor, membros frios, boca pálida, úmida, não tem sede, rosto pálido, urinas claras, fezes pastosas, oligúria com edemas (AUTEROCHE, 1992). Destes sinais, o caso 3 apresentou temor ou aversão do frio melhorado pelo calor, membros frios, não tem sede, rosto pálido, urinas claras, fezes pastosas, oligúria com edemas.

Desaparecimento do *Yin* ou do *Yang*¹⁵

Qualquer desaparecimento do *Yin* ou do *Yang* aparece como estágios críticos na evolução das síndromes e durante hipertermias, transpirações profusas, vômitos incoercíveis, disenterias graves, perdas abundantes de sangue. (AUTEROCHE, 1992)

O caso 3 referiu sinais de *Yin* vazio mediante relato de emagrecimento, sensação de calor à tarde, pulso esquerdo vazio, língua vermelha. O pulso vazio, a língua vermelha e a boca seca podem ainda indicar um estado extremamente severo de vazio, o "colapso de *Yin*" (MACIOCIA, 1996, p.244).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de acupuntura está para além da colocação de agulhas, como abordado neste trabalho, o qual mencionou o uso da moxa com agulha, em caso de frio aparente ou positivo com aparência de calor.

A universidade, como campo de estudo acadêmico e início da prática clínica em acupuntura, tem papel essencial na construção do conhecimento. O conhecimento científico acerca do ser humano em acupuntura pauta-se na perspectiva holística de corpo unificado da medicina integrativa. Dessa forma, torna-se

de fundamental importância que a universidade seja responsável pelo desenvolvimento de pesquisas e de pesquisadores de caráter translacional, com foco, além de tudo, na construção do conhecimento, com prática clínica, que dê suporte à população e busque melhorar sua qualidade de vida, como foi o caso da pesquisa em questão, de enfoque clínico.

Assim, este artigo, além de expor sobre o campo de prática clínica para a utilização da técnica de acupuntura, buscou realizar e mostrar como é feito o diagnóstico diferencial da dor em acupuntura. A partir da configuração das quatro duplas do Ba gang, foram ainda mencionados os diagnósticos sindrômicos, como, por exemplo, "deficiência de sangue (*Xue*) do *Fígado*" (ROSS, 1985, p.105) e de "depressão do *Qi* do *Fígado*" (ROSS, 1985, p.103) e "deficiência de *Qi* do *Baço/Pâncreas*" (ROSS, 1985, p.84) com respectiva sugestão de pontos utilizados em cada uma delas.

REFERÊNCIAS

AUTEROCHE, B; NAVAILH, P. **O diagnóstico na Medicina Chinesa**. São Paulo: Organização Andrei Editora, 1992, 420 p.

CAMPIGLIA, H. **Psique e Medicina Tradicional Chinesa**. SP: ROCA, 2004, p.87-96.

FOCKS, Claudia; MÄRZ, Ulrich. **Guia prático de acupuntura**. SP: Manole, 1ª ed, 2008.

MACIOCIA, Giovanni. **Os fundamentos da medicina chinesa: um texto abrangente para acupunturistas e fitoterapeutas**. São Paulo: Roca, 1996.

MORÉ, Ari Ojeda Ocampo *et al* . Acupuntura e dor numa perspectiva translacional. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 63, n. 2, Abr. 2011 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Fev. 2013.

¹⁵Maciocia (1996) utiliza os termos colapso de *Yin* e colapso de *Yang*, os quais indicam estágios extremos da condição vazio, abordada em item anterior. O colapso, igualmente, indica uma separação completa de *Yin* e de *Yang*, sendo isto frequente, mas não necessariamente seguido de morte.

NOZABIELI, A.J.L.; FREGONESI C.E.P.T., ; FREGONESI D.A.. Correlação de canais de acupuntura com Neuroanatomia e Neurofisiologia. **Arq. Cienc. Saúde Unipar**, 4 (3):263-268, 2000. Disponível em: <revistas.unipar.br/saude/article/download/1039/903>. Acesso em: 6 Ago. 2013.

ROSS, Jeremy. **Zang Fu: Sistema de órgãos e vísceras da Medicina Tradicional Chinesa**. SP: Roca, 1985, p. 84, 92, 103, 105, 112, 114.

TAKIGUCHI, Raymond S. *et al*. Efeito da acupuntura na melhora da dor, sono e qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos: estudo preliminar. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 15, n. 3, Sept. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502008000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Feb. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502008000300011>.

INTEGRALIDADE
UM EIXO NORTEADOR DO CUIDADO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA?

COMPREHENSIVENESS
A GUIDING PRINCIPLE ON CARE IN FAMILY HEALTH PROGRAMS?

Tatiane Santos Couto de Almeida¹
Suélem Maria Santana Pinheiro Ferreira²

Buscou-se conhecer a polissemia da integralidade e as dificuldades da sua materialização no PSF, a partir da literatura científica. Tal polissemia revelou-se por três vertentes: traço da boa medicina, modo de organizar as práticas e a integralidade como resposta governamental a problemas específicos de saúde. Assim, é fato que a integralidade das ações de saúde requer um redirecionamento do processo de trabalho; entretanto, verificam-se aspectos críticos para sua consolidação. Portanto, é necessário reinventar as práticas dos profissionais atuantes na produção do cuidado, da própria gestão, e fortalecer a participação social, visando modificar o cenário atual e valorar a integralidade.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde; Atenção à Saúde; Programa Saúde da Família

The aim of this study was to analyze the polysemy of the term comprehensiveness and the difficulties of its implementation in Family Health Centers (FHC). According to the literature, the polysemy is threefold and includes good medical practice, practice organization and comprehensiveness as a government response to specific health problems. Thus, it is a fact that comprehensiveness requires a redirection of the working process, but there are critical issues that must be considered in order to achieve its consolidation. Therefore, it is necessary to reinvent the practice of professionals working on the production of care and of managers. It is also necessary to strengthen social participation in order to give due value to comprehensiveness and change the present scenario.

Keywords: Comprehensive health assistance; Health care; Family Health Program

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Docente da Faculdade Maria Milza.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2436928628639073> enf.tatianecouto@hotmail.com

²Cirurgiã-dentista, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Saúde Pública, Docente da Faculdade Independente do Nordeste Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2463457294154671> suelem.pinheiro@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 reproduziu um avanço de demandas políticas e sociais dos anos 80, apresentando o Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema transformador, que apresenta características peculiares como a universalização do acesso, a equidade na distribuição dos serviços e o atendimento integral aos seus usuários.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge como um importante modelo capaz de reestruturar o sistema de saúde no Brasil e de romper com o paradigma do modelo hospitalocêntrico, fundamentado em ações curativas e individuais, por meio da ampliação do acesso, da qualificação e da reorientação das práticas, embasadas na integralidade do cuidado, reunindo assim, assistência, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Assis et al. (2010), em seu livro 'Produção do Cuidado no Programa Saúde da Família' apontam a dificuldade na garantia dos dispositivos norteadores do cuidado, uma vez que as práticas no campo da saúde no PSF ainda vêm sendo estruturadas com base no modelo hegemônico e médico centrado. Da mesma forma, os autores apontam a necessidade de trabalhar a ideia de um sistema integral que garanta um fluxo seguro aos usuários em todos os níveis de atenção e o acesso às tecnologias necessárias à resolução de seus problemas de saúde.

O primeiro desafio para a busca da integralidade é a reestruturação da forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde ainda trabalham atualmente. A mudança das práticas deve ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais, que são atores primordiais e determinantes do processo de estruturação das práticas integrais à saúde (CAMPOS, 2003).

Diante deste contexto, esta pesquisa teve como objetivo conhecer a integralidade em sua natureza polissêmica, enquanto eixo

norteador do cuidado, no PSF, e as dificuldades da materialização deste princípio, a partir das discussões trazidas pela literatura científica. Para isto, foram realizadas buscas em bancos de dados como Scielo, além de livros da área de saúde coletiva, dissertações e teses de relevância para o tema.

A PERSISTÊNCIA DE PRÁTICAS TRADICIONAIS NA CONTRAMÃO DAS MUDANÇAS DE PARADIGMA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Diversas discussões foram geradas no sentido de construir um modelo de atenção à saúde que não se limitasse à garantia da assistência e se fundamentasse na integralidade do cuidado, considerando a heterogeneidade das condições de vida e perfil epidemiológico dos diversos grupos populacionais existentes num país de dimensão continental (TEIXEIRA, 2002).

Diante dessa questão, tem-se proposto alguns modelos assistenciais alternativos, que visam impactar as necessidades de saúde da população e, sobretudo, incorporar a integralidade da atenção, em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos para a saúde, constitucionalmente.

Nesse cenário, a Saúde da Família foi concebida em 1994, pelo Ministério da Saúde, inicialmente como um programa e, posteriormente, como estratégia capaz de reestruturar o modelo até então vigente, com vistas à reorganização da atenção básica para atender às reais necessidades de saúde da população. Este se tornou uma importante política nacional de saúde, substituindo as diretrizes de outrora, centralizadas no ambiente hospitalar e na doença, incorporando novos princípios, pautados na integralidade do cuidado.

Rodrigues e Araújo (2003) apresentam o PSF como eixo reorientador das práticas, pressupondo uma reestruturação sob uma nova lógica, que deve ser concretizada a partir de um novo olhar e um novo fazer, centrado no usuário. Assim, para se pensar um novo mode-

lo assistencial em saúde, é fundamental ressignificar o processo de trabalho, de forma a embasar a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito. Esta perspectiva se ancora no princípio da integralidade e requer como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculos entre o usuário e a equipe de saúde.

A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas no acesso aos serviços de saúde. Entretanto, não se pode admitir, só pelas estatísticas, que a integralidade das ações deixou de ser um problema na prestação da atenção. Para tanto, faz-se necessário análises qualitativas da Saúde da Família, particularmente quanto às práticas de saúde e aos processos de trabalho cotidianos, visto que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes não garante a conformação de um novo modelo assistencial (ALVES, 2005).

Apesar da inegável expansão do PSF no território nacional, ainda é notório, nos micro-espacos de trabalho, a reprodução do paradigma biologicista e, portanto, a fragmentação das práticas, e essa questão tem representado uma barreira para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde. Em parte, isso pode ser reflexo de um processo histórico de formação de profissionais baseada no modelo flexneriano, que desvincula o indivíduo do seu contexto social e histórico, e, portanto, não é suficiente para garantir uma assistência integral e resolutive.

Para além da formação profissional, se faz necessário uma nova postura por parte de todos os atores sociais envolvidos na produção da saúde – profissionais de saúde, usuários e gestores – de modo a construir relações intercessoras e a estabelecer a coresponsabilização do cuidado. Além disso, a despeito dos cursos de graduação atualmente já adotarem as diretrizes para um novo modelo de atenção, a própria complexidade da saúde,

ao requerer uma participação conjunta de diversos setores da sociedade a favor da qualidade de vida, dificulta a concretude das bases teóricas que a fundamentam.

Mudar o modelo assistencial curativo, centrado na figura do médico, requer, fundamentalmente, interferir nos processos do trabalho em saúde e construir novas relações entre usuários e profissionais e destes entre si, na tentativa de transformá-los em sujeitos, produtores do cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

Isso evidencia a complexidade da produção do cuidado, e aponta a necessidade de mudança do núcleo tecnológico para organização do processo de trabalho, que deve delinear as tecnologias a serem usadas e valorizar o trabalho vivo em ato. Para Merhy (2002), o processo de trabalho em saúde abrange tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são as tecnologias das relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a responsabilização, entre outros; as leve-duras são os saberes bem estruturados como a clínica médica, a fisiopatologia, a farmacologia, a epidemiologia, e, por fim, as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos, as normas e as estruturas organizacionais.

Dentro do que é proposto pelo PSF, apesar do trabalho em saúde constituir-se dos diferentes tipos de tecnologia, o seu eixo norteador deve pautar-se no núcleo de tecnologia leve. Isto reitera Merhy (2002), que aponta para a reestruturação do cuidado, a partir do redimensionamento do processo de trabalho, valorizando os atos, fala e vínculos, o que conduz a uma transição tecnológica centrada no trabalho vivo. Nesse sentido, o uso dessas tecnologias proporciona ao trabalhador uma atuação em saúde junto ao usuário, tornando-o parte de sua intervenção (PESSANHA, CUNHA, 2009). Assim, a participação do usuário, na maioria das vezes, define o sucesso ou o fracasso da ação terapêutica (RODRIGUES e ARAÚJO, 2003).

A INTEGRALIDADE NO SEU SENTIDO POLISSÊMICO

A integralidade concentra diferentes dispositivos, como acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, na construção das linhas de cuidado e na tentativa de garantir e facilitar o caminho das pessoas a todos os serviços de atenção à saúde (SANTOS e ASSIS, 2006).

Este princípio é um dos pilares sustentado pela Constituição Federal de 1988. O texto constitucional refere que no SUS, as ações e os serviços públicos de saúde devem promover um atendimento integral, com enfoque nas atividades preventivas, sem deixar de garantir os serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Além disso, a Constituição traz um conceito inovador e ampliado de saúde, que inclui como determinantes os fatores sociais, políticos e econômicos, identificados a partir do conhecimento epidemiológico do processo saúde-doença nas coletividades. Diante da amplitude desse conceito, faz-se necessário encarar a integralidade como uma ação inter-setorial, edificada por meio de políticas voltadas à construção de ambientes compatíveis com o bem-estar social. Para tanto, é dever do Estado, identificar os elementos que condicionam as formas de adoecimento, para, a partir disso, articular políticas específicas voltadas para a garantia da alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, entre outros.

Mattos (2001) refere que no campo da saúde, a integralidade é reconhecida como expressão polissêmica, com seus múltiplos sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos. A mesma deve ser entendida como uma bandeira de luta, capaz de delinear a prática do cuidado e organizar o processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.

Este autor agrupa três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade

como modo de organizar as práticas e a integralidade como resposta governamental a problemas específicos de saúde.

A integralidade como traço da boa medicina é uma prática que envolve o rompimento com o atendimento fragmentado do indivíduo e com o enfoque reducionista. Assim sendo, o médico não resumiria o seu atendimento no sistema de queixa-conduta. Essa integralidade envolve a capacidade dos médicos em apreender seus pacientes e suas necessidades de modo mais integral, levando em consideração as dimensões biológicas, como também as dimensões psicológicas e sociais, que são determinantes de muitas doenças e agravos. Nesse sentido, é importante aliar as práticas de prevenção às ações assistenciais (MATTOS, 2001).

Isso requer um novo olhar sobre a ação profissional, os serviços de saúde e a percepção do usuário. No primeiro aspecto, é requerido do profissional uma visão holística, capaz de atribuir significado aos aspectos subjetivos e estruturais vinculados a cada indivíduo, para o planejamento do cuidado na micropolítica do processo de trabalho. Além disso, os espaços de atuação profissional e de assistência à saúde devem concorrer para a oferta de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, valorizando a vigilância à saúde e o cuidado como eixos norteadores de suas intervenções.

Por sua vez, a percepção do usuário é fundamental para o rompimento com uma cultura 'medicalizante', que valoriza a prescrição médica e as ações essencialmente curativas, deixando de compreender e aceitar as ações voltadas para prevenção e proteção da saúde. Além disso, em muitas situações, o usuário desconhece que sua própria inserção social é um fator preponderante no delineamento das suas vulnerabilidades biológicas, e que, por isso, deve ser considerada no planejamento da intervenção de saúde sobre cada indivíduo e grupo populacional. Assim, muitas vezes, a construção da saúde rompe com os limites físicos da unidade saúde e tangencia outros

espaços comunitários e de governo, que determinam o funcionamento da máquina social.

A integralidade como modo de organizar as práticas rompe com a verticalização dos programas propostos pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde (MATTOS, 2001). A organização das práticas nesse ambiente, baseada em cronogramas de atendimento 'compartimentalizados', potencializa a fragmentação do cuidado, reservando momentos específicos para determinada intervenção, o que automaticamente exclui as demais. Assim, não é raro observar que, muitos serviços de saúde têm dias específicos para atendimento de gestantes, planejamento familiar, hipertensos, entre outros e que, dessa forma, no vaivém das especialidades a visão do todo fica comprometida.

Mattos (2001) define uma terceira vertente da integralidade, quando refere a criação de políticas específicas para responder a determinados problemas de saúde, que acometem a população e que são desenvolvidas de modo a garantir uma abordagem integral àqueles que fazem uso de tais políticas.

Os três sentidos aqui identificados evidenciam que, dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas.

Para que a integralidade assuma seus múltiplos sentidos é imprescindível envolver mudança das práticas centradas na assistência e na resolução de problemas pontuais e específicos, sinalizados pelo usuário no momento em que este comparece em um serviço de saúde. Abraçar uma bandeira de luta contra o reducionismo das práticas, de modo a estabelecer um diálogo entre os diversos sujeitos que constroem o cuidado em saúde, envolvendo desde as necessidades mais elementares às mais abrangentes do ser humano, é possivelmente o caminho mais prudente para o alcance de um novo olhar e de um novo fazer numa perspectiva integral.

BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE

A implementação do princípio da integralidade, na organização dos serviços de saúde, tem sofrido dificuldades inerentes à complexidade que este apresenta em sua constituição e, ao mesmo tempo, esbarra nas limitações que a política de saúde brasileira ainda sustenta.

Nesse sentido, a formação dos profissionais, segundo o modelo flexneriano, médico centrado e medicalizante representa um nó crítico para efetivação do princípio da integralidade. Na atenção básica à saúde, é fundamental garantir que as ações, aí incluindo a equipe de saúde da família e a promoção da saúde, seja o núcleo do trabalho, havendo equilíbrio entre ações assistenciais e articulação de políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde em seu sentido ampliado (BERNARDI, 2006).

Partindo do pressuposto do PSF atuar e ser responsável por uma população específica, pelo espaço de atuação, pelos indivíduos nestes inseridos, outra perspectiva de dificuldade para o alcance da integralidade na saúde é a promoção da participação popular e controle social. Nesse sentido, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania é um caminho capaz de cooperar para a efetivação da integralidade, possibilitando visualizar o quanto esta esbarra na ação concreta, que ainda reproduz práticas assistencialistas, cartesianas e médico-centradas, pelas equipes de saúde da família (ALBUQUERQUE, 2004).

O empoderamento dos sujeitos usuários fortalece a prática da integralidade, à medida que os mesmos passam a exercer o seu papel enquanto atores sociais, aptos a atuarem em todo o processo da produção da saúde, contribuindo, assim, para que o produto final alcance a resolubilidade dos problemas.

Assis et al. (2010), ao considerar que o processo de mudança envolve interesses diversos, não consensuais em relação à necessidade de ruptura, afirma que é funda-

mental conceber o indivíduo como sujeito singular e social, capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento e participar ativamente do cuidado a ele ofertado.

A elucidação de debates enfocados na integralidade deve ser pensada em caráter emergencial, especialmente no PSF, sobretudo ante a dimensão que a atenção básica em saúde tem assumido no sistema nacional, sendo considerado como porta de entrada ao usuário no SUS.

A priorização do tratamento curativo, pautado no diagnóstico e no tratamento das doenças, sustentado exclusivamente no saber científico, em detrimento do reconhecimento do ser enquanto sujeito, com necessidades singulares, é o paradigma assumido pelo modelo médico hegemônico. Diante deste, a escuta e acolhimento do sujeito, seus sofrimentos e a programação do seu cuidado torna-se inviável à construção de ações integrais, visto que o atendimento do usuário perpassa as diversas disciplinas e categorias da área de saúde (LACERDA; VALLA, 2004).

O sistema de saúde tem estabelecido em sua legislação que a lógica da ação integral deve reger a organização das práticas e os serviços de saúde, culminando em ações abrangentes e resolutivas. Entretanto, a realidade da saúde tem sido caracterizada pela fragmentação das ações em programas, dicotomização entre ações coletivas e individuais, trabalho isolado das categorias profissionais, além da distinção entre o público e o privado, cuja inexistência de regulamentação dificulta a integração e a complementariedade dos serviços para atingir a integralidade na saúde (BERNARDI, 2006). É nesse sentido que, diante de um novo paradigma de produção de saúde, essencialmente centrado no usuário, de forma a atendê-lo em todas as suas nuances, é perceptível a insistência de um modelo biomédico do qual se busca a superação, o que limita a materialização da integralidade do cuidado.

A implementação da integralidade ainda possui um grande 'gargalo', representado pela existência de barreiras e deficiências no aces-

so às tecnologias existentes, do ponto de vista do diagnóstico e do tratamento. Apesar da saúde ser um direito fundamental, assegurado constitucionalmente, o ministério público ainda carece intervir em muitas situações que demandem tecnologias de alto custo, o que dificulta a ação integral e, portanto, a resolutividade das práticas em saúde.

A lei 8.080/90 determina o 'atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais'. No entanto, a prática de saúde encontra-se em muitas situações despida desse conteúdo. Inúmeras falhas e desproporções são impetradas no sistema responsável pelo encaminhamento das especialidades, distanciando o cumprimento e alcance do princípio da integralidade no âmbito do sistema de saúde. Além disso, a carência de ações e atenção especializada representa, para muitos usuários, a estagnação do seu processo de cuidado, ante a inviabilização de um possível tratamento integral (BERNARDI, 2006).

Por último, indagar-se acerca do que, de fato, é mister ao alcance da totalidade no cuidado e das possibilidades de sistematização da atenção integral é imprescindível, diante da complexidade e peculiaridade das necessidades das coletividades. O delineamento do termo e função integral tangencia o imperativo de dirimir as reais necessidades de saúde de uma determinada população.

Para isso, o princípio da intersetorialidade das ações deve assumir um ponto central, possibilitando o diálogo dos diversos setores sociais como saúde, educação, trabalho, lazer e moradia na mesma esfera de planejamento, com vistas ao alcance e garantia da integralidade (CAMARGO-JR., 2003). Nesse contexto, embora não seja uma tarefa fácil de ser executada, por se tratar de projetos coletivos e integrados ao cuidado, faz-se necessário uma mudança do modelo de atenção, que envolva uma política de formação articulada com a prática, onde trabalhadores, gestores e usuários se co-responsabilizem cotidianamente no fazer saúde (ASSIS et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade precisa ser mais discutida, sobretudo no PSF, considerando que, na dimensão da atenção básica em saúde, esta é considerada como principal porta de entrada ao usuário no SUS. Além disso, sabendo-se que cerca de 85% dos problemas podem ser dirimidos neste tipo de serviço, fica ainda mais notória a necessidade de elucidar as formas de materialização da integralidade no mesmo.

Sabe-se que 'o modelo médico hegemônico é pautado no diagnóstico e no tratamento das doenças definidas pelo saber científico, priorizando-se as lesões corporais, em detrimento dos sujeitos e suas necessidades' (LACERDA e VALLA, 2004, p. 91). Nesse modelo, existe um espaço restrito para escutar os sujeitos, suas demandas e seus sofrimentos, para o acolhimento e para a atenção e o cuidado em saúde. Desta forma, a ação integral fica comprometida, uma vez que se fazem necessárias trocas de informações entre as várias áreas da saúde para entender e atender o usuário.

Para Spedo (2009), lutar pela integralidade é defender práticas de saúde intersubjetivas, lutando contra a tendência de redução dos usuários a meros espectadores do seu cuidado e despindo-os de sua capacidade de coparticipação.

É necessário entender a história que cada usuário carrega consigo, construída por elementos histórico-sociais, que se perpetuam e se reproduzem nos diferentes contextos, adequando as ações de saúde de forma a alcançar a âmago dos problemas e assim propor soluções mais concretas.

Para materializar a integralidade no cotidiano dos serviços públicos de saúde é imprescindível integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; bem como integrar profissionais em equipes interdisciplinares para o entendimento mais abrangente dos problemas de saúde da população e a adoção de intervenções mais resolutivas. Nisto implica a assimilação do princípio da integralidade

em prol da reorientação do modelo assistencial.

É necessário, portanto, reinventar as práticas dos profissionais que atuam na produção do cuidado em si, da própria gestão do sistema, e fortalecer a participação social, com o propósito de modificar o cenário atual e valorar a integralidade, de modo que esta seja garantida nos seus mais amplos sentidos e, de fato, se conquiste uma saúde de qualidade, integral e resolutiva.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOLTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 15, 2004, p. 259-74.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ASSIS, M. M. A. *et al.* **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2010.

BERNARDI, E. R. D. **Reflexões sobre o princípio da integralidade: interface com o Programa Saúde da Família**. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. 103 p.

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

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-84, 2003.

CAMARGO-JR, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2003. p. 35-44.

FRANCO, T.; MERHY, E. **Contradições e novos desafios**. In: Conferência Nacional de Saúde on-line. 1999. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cns/temas>

[/tribuna/PsfTito.htm](#)>. Acesso em: 10/10/2010.

LACERDAA.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004. p. 91-102.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

PESSANHA, R. V; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 233-40, 2009.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**. Observatório RH NESC/UFRN, 2003 [Acessado em: 20 set 2009]. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação a integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, 2006, p. 53-61.

SPEDO, S. M. **Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009. 150 p.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 Suppl, p. 153-62, 2002.

A RELEVÂNCIA DOS DÍPTEROS NA ENTOMOLOGIA FORENSE *THE RELEVANCE OF DIPTERA IN FORENSIC ENTOMOLOGY*

Elizabeth Santos Pinho Lemos¹(*in memoriam*)

Larissa Rolim Borges-Paluch²

Tiana Pereira dos Santos Cerqueira³

Os dípteros apresentam uma grande relevância para a entomologia forense, sendo testemunhas importantes para a elucidação da morte, pois estão envolvidos na decomposição de cadáveres. O corpo passa por diversas etapas de degradação e os insetos, principalmente os da Ordem Diptera, são atraídos pelo odor liberado do cadáver, sendo este propício para o seu desenvolvimento. Entretanto, há fatores interferentes, bióticos e abióticos, que podem dificultar o trabalho dos profissionais especializados para desvendar o intervalo pós-morte. Com base nessas considerações, este estudo teve como objetivo realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a diversidade e a importância dos dípteros na entomologia forense e sua relação com fatores bióticos e abióticos. Verificou-se que a entomologia forense auxilia na estimativa do intervalo pós-morte, utilizando as várias fases de desenvolvimento dos insetos, como os ovos, larvas e adultos. Entretanto, fatores bióticos e abióticos podem interferir na atuação dos insetos, como a temperatura, umidade, local que o corpo foi encontrado, drogas, vestimentas, soterramento do corpo, ferimentos, tamanho corporal entre outros.

Palavras-chave: Entomologia Forense. Sucessão Ecológica. Diptera.

Diptera are of great relevance to forensic entomology because they are involved in the decomposition of corpses and are useful to clarify the cause of death. The corpse goes through various stages of decay and insects, especially those from the Order Diptera, are attracted by its odor. However, there are interfering biotic and abiotic factors that may hinder the work of skilled professionals to unravel the postmortem interval. Based on these considerations, this study aimed to conduct a literature search on the diversity and the importance of Diptera in forensic entomology and its relation to biotic and abiotic factors. It was found that forensic entomology assists in estimating the postmortem interval using the various development stages of the insects such as eggs, larvae and adults. However, biotic and abiotic factors such as temperature, humidity, location where the body was found, drugs, clothing and others can interfere with the action of insects.

Keywords: Forensic Entomology. Ecological Succession. Diptera.

¹Biomédica pela Faculdade Maria Milza – FAMAM

²Bióloga, Doutora e Mestre em Ciências Biológicas pela UFPR e Docente da FAMAM, E-mail: larissapaluch@gmail.com

³Biomédica, Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente pela FAMAM, Bolsista da FAPESB.

INTRODUÇÃO

A decomposição do corpo é um processo que ocorre naturalmente após a morte e, mesmo sendo efêmero, é ecologicamente importante devido às interações intra e interespecíficas que ocorrem sobre esse substrato (MARTINS, 2009). Embora a decomposição ocorra também pela ação de microrganismos, como fungos e bactérias, os artrópodes necrófagos, principalmente da classe Insecta, são os principais organismos decompositores no ambiente terrestre e geralmente são os primeiros seres vivos a colonizar o cadáver, localizando-o poucos minutos após a morte do indivíduo (CRUZ; VASCONCELOS, 2006).

Em função disto, o estudo dos insetos pode ser aplicado em investigações visando o conhecimento da causa da morte, o lugar onde ocorreu e principalmente o tempo entre a morte e a data que o cadáver foi encontrado, denominado Intervalo Pós-Morte (IPM). Para que haja uma estimativa deste período de tempo são necessárias espécies necrófagas, que utilizam matéria orgânica em decomposição como fonte de proteína e local para oviposição, acelerando a putrefação e a desintegração do corpo, sendo que cada fase de putrefação atrai um determinado grupo de insetos (MISE et al., 2007; CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

Entre as técnicas utilizadas para determinação do IPM estão as que utilizam dados entomológicos. Essas preconizam a utilização da oviposição/larviposição de dípteros no substrato para que, com base na idade da prole e a provável sequência na sucessão da fauna de artrópodes, seja estabelecido o limite mínimo e máximo de tempo de morte do indivíduo (OLIVEIRA-COSTA, 2008; MARTINS, 2009).

A análise da sucessão de artrópodes permite a correlação da espécie encontrada com o estágio de decomposição do corpo, uma vez que cada momento da putrefação cadavérica oferece condições e

características que atraem um determinado grupo definido. Desta forma, a sucessão ecológica dos insetos ocorre de acordo com um padrão aparentemente previsível (OLIVEIRA-COSTA, 2008). Entretanto, variações abióticas como umidade relativa, variação de temperatura, presença de substâncias ingeridas e fatores bióticos, como a fauna e flora, podem afetar diretamente no desenvolvimento de imaturos ou no grau de atração dos adultos ao cadáver, interferindo na estimativa do tempo decorrido após a morte (NEVES, 2009).

A ordem dos insetos mais utilizada nesses estudos são os Diptera, principalmente das famílias Calliphoridae, Muscidae e Sarcophagidae (CARREIRA et al., 2008). Estas famílias caracterizam as duas primeiras ondas de sucessão ecológica e constituem as fontes mais comuns de evidência coletadas durante a investigação criminal, pois a maioria dos estudos é focada na entomofauna encontrada no cadáver nos primeiros estágios de decomposição (MISE et al., 2007).

Com base nas considerações citadas, este trabalho teve como objetivo geral realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a diversidade, a importância dos dípteros na entomologia forense e sua relação com fatores bióticos e abióticos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e sistemática. Todos os tópicos foram organizados de acordo com o objetivo do trabalho, procurando discorrer sobre os assuntos relacionados ao tema central, a entomologia forense.

Os descritores utilizados foram entomologia forense, sucessão ecológica, fatores bióticos, fatores abióticos e Diptera, no período de 2000 a 2013. Foram selecionados artigos sobre entomologia forense, disponibilizados na íntegra, nas bases de

dados da Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a seleção de dissertações e teses, foi utilizado o acervo eletrônico de universidades disponível do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Os critérios de exclusão utilizados foram trabalhos que não abordassem a temática escolhida, de trabalhos de reflexão, nota prévia e estudos que não estivessem disponíveis na íntegra eletronicamente.

ENTOMOLOGIA FORENSE

Entomologia é a ciência que estuda os insetos, em seus diferentes aspectos além de suas relações com plantas, com o homem e também com outros animais. E a Entomologia Forense está classificada em três subáreas: Urbana – concernente às ações cíveis envolvendo a presença de insetos em bens culturais, imóveis ou estruturas; Produtos Armazenados - relacionado à contaminação, em pequena ou grande extensão, de produtos comerciais estocados; e Médico-legal – referente a casos de morte violenta (crime contra a pessoa, acidentes de massa, genocídios, e outros), sendo que a principal contribuição da Entomologia Forense, nesses casos, é a estimativa do intervalo pós-morte (IPM) (PUJOL-LUZ et al., 2008; BALTAZAR et al., 2011; LIMA, 2009).

A entomologia forense pode ser definida como a parte da medicina legal que emprega insetos para a elucidação de investigações médico-criminais. Desse modo, o estudo dos insetos pode ser empregado nos procedimentos legais em função da colonização destes artrópodes nos cadáveres em putrefação, buscando alimento, tornando-se possível avaliar quando, onde e como ocorreu a morte (OLIVEIRA-COSTA, 2008; SANTOS; PIVATO, 2010).

Logo que ocorre a morte, o corpo começa um processo de degradação de seus

componentes orgânicos, como os carboidratos, proteínas e lipídios. Isso ocorre pela ação das bactérias que anteriormente eram mantidas sobre controle pelo sistema imunológico. Com a degradação orgânica, originam-se produtos derivados líquidos e voláteis que servirão como atrativos para os insetos que participam do processo de putrefação (PINHEIRO, 2012).

Para a estimativa do IPM, podem ser utilizados vários grupos taxonômicos de hábito necrófago, ou seja, aqueles que estão envolvidos na decomposição de cadáveres. Os insetos necrófagos são considerados ferramenta importante para estimar o IPM, pois diversos insetos chegam ao corpo momentos após o óbito. Essa estimativa pode ser determinada pelo ínstar larval e pelo tempo que as larvas necessitam para completar o seu ciclo biológico, associando estes dados aos parâmetros meteorológicos e fatores ambientais locais (TORRES, 2004).

Os corpos em estado de decomposição são considerados como os habitats comuns aos insetos necrófagos, pois os mesmos apresentam-se como ambientes ricos em matéria orgânica, essencial ao desenvolvimento destes artrópodes. Desta maneira os insetos podem ser vistos também como colaboradores do processo de decomposição dos corpos (AMENDT et al., 2004).

Conforme Neves (2009), no processo de decomposição atuam quatro grupos de insetos: necrófagos - são insetos que se alimentam diretamente do cadáver, como por exemplo, podemos citar os dípteros, coleópteros e lepidópteros; os predadores ou parasitas - que fazem uso dos organismos presentes no corpo, tendo como exemplo os ácaros e dermápteros; os onívoros - se alimentam tanto do corpo quanto dos outros organismos como alguns himenópteros e coleópteros e os acidentais - que utilizam o corpo como abrigo temporário, mas não usam o recurso como forma de sobrevivência, entre eles destacam-se as aranhas, colêmbolos e

centopéias (SANTOS; PIVATO, 2010). Entretanto, para que sejam aplicados os conhecimentos da entomologia forense para a determinação do IPM é indispensável uma análise profunda da biologia das espécies, sua morfologia, seu ciclo de vida, a identificação das larvas, a taxa de desenvolvimento, entre outros aspectos.

Para se estabelecer o IPM são usados os métodos entomológicos baseados na sucessão e no estágio de evolução dos insetos quando coletados no corpo em estado de putrefação. A estimativa, nas fases iniciais da decomposição, é realizada com base no estágio de desenvolvimento mais adiantado dos espécimes encontrados no cadáver, geralmente, representados pelas larvas de moscas mais crescidas obtidas no corpo. Nos corpos em estado avançado de putrefação, a estimativa é baseada de acordo com um padrão de sucessão entomológico previamente estabelecido em estudos que retratem, o mais precisamente possível, as condições em que o corpo foi encontrado, como região, clima e circunstâncias da morte (OLIVEIRA-COSTA, 2008; PINHEIRO, 2012).

A biologia molecular, de acordo com Torres (2004), é uma ferramenta importante na ciência forense, auxiliando a taxonomia a determinar as espécies de insetos de interesse forense, podendo ser utilizadas em qualquer estágio de vida dos insetos e estado de preservação.

A estimativa do IPM utiliza principalmente os conhecimentos biológicos acerca dos califorídeos conhecidos vulgarmente como moscas varejeiras, pelo fato de serem as primeiras a colonizarem o cadáver. E para tornar precisa tal estimativa é indispensável levar em considerações algumas questões como: identificação correta dos exemplares dos insetos, a sucessão dos insetos que colonizam o corpo, a dispersão larval e a análise toxicológica (LIMA, 2009).

SUCESSÃO ECOLÓGICA

A sucessão ecológica acontece quando as espécies de dípteros colonizam as partes moles ou os orifícios naturais do corpo. Logo em seguida atuam os predadores como formigas, vespas e alguns besouros que se alimentam dos ovos, larvas ou até mesmo das pupas dos dípteros presentes no cadáver. A decomposição é definida como a união de fenômenos posteriores, em que ocorre a quebra progressiva do recurso alimentar. Durante o processo de decomposição, os cadáveres são colonizados por inúmeros organismos com substituição ou alteração das espécies e esse processo é denominado sucessão ecológica (NEVES, 2009).

O cadáver passa por diversas etapas de decomposição, e cada etapa de putrefação cadavérica oferece condições propícias para que determinadas espécies de artrópodes consigam se desenvolver. O tempo de desenvolvimento de cada espécie envolvida na decomposição consiste na análise da fauna necrófaga do corpo de acordo com o seu estágio de degeneração (CARREIRA et al., 2008; NEVES, 2009).

Segundo Oliveira-Costa (2008), estes insetos são atraídos pelo cadáver logo após a morte e imediatamente começam o processo de decomposição. Dentre os primeiros insetos encontram-se as moscas varejeiras, que são atraídas pelos odores exalados pelo corpo, sendo um dos insetos de maior relevância na entomologia forense.

As moscas depositam os seus ovos no corpo, preferencialmente nas cavidades naturais ou em ferimentos, quando esses começam a eclodir resultam em uma massa larval que se espalha sobre o corpo, o desintegrando rapidamente. Esse processo leva à disseminação das bactérias, produzindo enzimas digestivas que levarão as larvas a consumirem maior parte do tecido mole do cadáver de forma eficiente (LIMA, 2009).

De acordo com Andrade et al. (2005) e

Rosa et al. (2009) após estudos realizados com carcaças, verificou-se que a mesma desenvolve cinco estágios de decomposição. No primeiro (inicial), que vai do 1º ao 2º dia, observa-se que a decomposição começa interiormente e a aparência externa continua intacta. O segundo estágio (putrefação ou inchaço) vai do 2º até 12º dia, onde ocorre o acúmulo dos gases produzidos interiormente. O terceiro estágio denominado putrefação escura, começa no 12º e se prolonga até o 20º dia com a ruptura do corpo devido ao acúmulo de gases. O 4º estágio (fermentação butírica) inicia-se no 20º e se estende até o 40º dia onde a carcaça começa a secar exteriormente, e por fim o 5º estágio do 40º dia em diante, quando a carcaça apresenta-se quase seca.

Mégnin, em seu livro “La Faune des cadavres - application de L'Entomologie a La

Medicine Légale”, editado em 1894, elaborou um modelo para o entendimento da colonização cadavérica por meio da sucessão ecológica que inclui todas as ordens de insetos agrupadas em legiões. Para este autor, as legiões correspondem aos diversos grupos de insetos que chegam ao cadáver em diferentes estágios da decomposição. Desta maneira, a partir da morte até o esgotamento proteico do recurso humano foi contabilizada oito ondas de sucessão ecológica após um a quatro anos no clima temperado da Europa. Em relação às famílias de Diptera, as ondas eram formadas por Muscidae e Calliphoridae na 1ª; Calliphoridae e Sarcophagidae na 2ª; Sarcophagidae na 3ª; Piophilidae na 4ª; Muscidae e Phoridae na 5ª (MARTINS, 2009) (Tabela 1).

Tabela 1: Colonização cadavérica por Sucessão Ecológica

Legião	Espécie	Ordem e Família	Intervalo Pós-morte e/ou Aparência do Cadáver
1ª legião	<i>Musca domestica</i> <i>Muscina stabulans</i> <i>Calliphora vomitoria</i>	Dip.: Muscidae Dip.: Muscidae Dip.: Calliphoridae	Após 16 a 23 dias da morte - fases de larva ou pupa, dependendo da temperatura ambiente. Preferem carne fresca.
2ª legião	<i>Lucilia coesar</i> <i>Sarcophaga carnaria</i> <i>Sarcophaga arvensis</i> <i>Sarcophaga laticrus</i> <i>Cynomyia mortuorum</i> <i>Onesia</i> sp.	Dip.: Calliphoridae Dip.: Sarcophagidae Dip.: Sarcophagidae Dip.: Sarcophagidae Dip.: Psilidae Dip.: Calliphoridae	Inicia a colonização logo que o odor cadavérico se faz sentir. Concomitante ao abandono pelas espécies da primeira legião.
3ª legião	<i>Dermestes lardarius</i> <i>Dermetes frishii</i> <i>Dermestes undulatus</i> <i>Dermestes apinguindis</i>	Col.: Dermestidae Col.: Dermestidae Col.: Dermestidae Col.: Dermestidae	Depois de 3 a 6 meses da morte. Tem início quando os dípteros <i>Sarcophaga</i> terminam de cumprir sua função
4ª legião	<i>Pyophila petasionis</i> <i>Anthomya vicina</i> <i>Anthomya</i> sp. <i>Necrobia coeruleu</i> <i>Necrobia ruficollis</i>	Dip.: Piophilidae Dip.: Anthomyiidae Dip.: Anthomyiidae Col.: Cleridae Col.: Cleridae	Pouco depois de instalada a fermentação butírica nas moléculas graxas.

5ª legião	<i>Tyreophora cynophila</i> <i>Tyreophora furcata</i> <i>Tyreophora anthropophaga</i> <i>Lonchaea nigrimana</i> <i>Ophyra cadaverina</i> <i>Phora aterrima</i> <i>Necrophorus humator</i> <i>Silpha littoralis</i> <i>Silpha obscura</i> <i>Saprinus rotundatus</i>	Dip.: Piophilidae Dip.: Piophilidae Dip.: Piophilidae Dip.: Muscidae Dip.: Muscidae Dip.: Phoridae Col.: Silphidae Col.: Silphidae Col.: Silphidae Col.: Silphidae	Fermentação amoniacal onde é observada a liquefação enegrecida das substâncias animais que não foram consumidas pelos trabalhadores das legiões antecessoras.
6ª legião	<i>Uproda nummularia</i> <i>Tyroglyphus cadaverinus</i> <i>Glyciphagus cursor</i> <i>Glyciphagus spinipes</i> <i>Trachynotus siro</i> <i>Trachynotus longior</i> <i>Trachynotus necrophagus</i> <i>Coepophagus echinopus</i>	Acarina Acarina Acarina Acarina Acarina Acarina Acarina Acarina	Absorção de todos os humores que ainda restam no cadáver resultando em dessecação completa ou mumificação das partes orgânicas que resistiriam às diversas e sucessivas fermentações.
7ª legião	<i>Attagenus pello</i> <i>Antherenus museorum</i>	Col.: Dermestidae Col.: Dermestidae	Aproximadamente após três anos da morte. Consumidas as partes remanescentes do corpo (tecidos membranosos pergaminados, ligamentos e os tendões transformados em matéria dura de aparência resinosa).
8ª legião	<i>Tenebrio obscurus</i> <i>Ptinus brunneus</i>	Col.: Tenebrionidae Col.: Ptinidae	Mais de três anos. Desaparecem todos os detritos que os demais insetos deixaram.

Fonte: adaptado de MARTINS (2009) *apud* Mégnin (1894). Legenda: Dip.: Diptera; Col.: Coleoptera

ORDEM DIPTERA

A ordem Diptera se destaca na entomologia forense, pela sua grande diversidade e por apresentar a maioria das espécies estudadas nas decomposições de cadáveres. Além disto, os dípteros foram as testemunhas circunstanciais do que é reconhecido como o primeiro caso de entomologia forense. Esta ordem é de grande relevância no padrão de sucessão, pois as famílias Calliphoridae, Sarcophagidae e Muscidae caracterizam as duas primeiras

ondas de sucessão. Estes dípteros caliptrados também constituem as fontes mais comuns de evidências coletadas durante a investigação criminal (CARREIRA et al., 2008).

São os primeiros grupos de organismos atraídos por um corpo após sua morte. O objetivo da análise da sucessão de insetos é tornar possível a associação de cada espécie ou grupo com um estágio de decomposição, visto que cada momento da putrefação cadavérica oferece condições específicas que atraem um determinado grupo (OLIVEIRA-

COSTA, 2008). Além disso, existem espécies de dípteros que residem apenas em centros urbanos e quando encontradas em corpos nas áreas rurais deduz-se que o corpo foi removido do local original onde ocorreu o crime (LIMA, 2009).

Os Calliphoridae são considerados importantes indicadores criminalísticos do tempo transcorrido desde a morte, pois são comumente encontrados em cenas de crime em virtude do seu comportamento de oviposição em carcaças e vísceras em decomposição (VIANNA et al., 2004). Estes insetos são os primeiros a habitar um corpo em decomposição, pois são atraídos pelo odor exalado durante a putrefação, através de órgãos sensoriais que os mesmos apresentam. As moscas ovipõem principalmente nas cavidades naturais como boca, ouvido, ânus e nariz (CARVALHO; QUEIROZ, 2010). Desta maneira, espécies desta família estão entre as mais utilizadas em análises forenses. Os adultos dessas espécies de mosca podem apresentar distribuição espacial e temporal extremamente específica (CARREIRA et al., 2008).

A família Muscidae é uma das primeiras a ser encontrada nos corpos em estado de decomposição, e está presente em todas as regiões biogeográficas (CARVALHO; MELLOPATIU, 2008). A oviposição tanto dos califorídeos quanto dos muscídeos ocorre sobre matéria orgânica em decomposição, onde os mesmos utilizam este substrato como fonte protéica para si ou para o desenvolvimento das fases imaturas (SOUZA; KEPPLER, 2009). A atividade destes insetos, adultos e imaturos, aumenta a putrefação e a desintegração da carcaça (OLIVEIRA-COSTA, 2008).

De acordo com Pinheiro (2012), a família Muscidae integra a primeira onda das famílias que colonizam o cadáver, ajudando, desta forma, na estimativa do IPM. Para os muscídeos se manterem ativos no processo de decomposição, a temperatura deve estar

entre 5° e 13°C, pois abaixo de 0°C os ovos e as larvas podem ir a óbito. Mas se estas estiverem dentro do corpo, sobreviverão devido à produção de calor metabólico. As espécies dessa família, geralmente de tamanho pequeno e de cor escura, exercem o seu papel na entomologia forense como hematófagas, sendo conhecidas como lambedores de sangue ou secreção, atuando assim como vetores de patógenos.

As espécies da família Sarcophagidae, principalmente as de hábito necrófilo, destacam-se no âmbito da entomologia forense devido à frequência com que os são encontradas nos cadáveres, contribuindo de forma relevante na estimativa do IPM, descoberta do local e causa da morte, entre outros (CARREIRA et al., 2008).

Outras ordens de insetos contribuem para a entomologia forense como os Lepidoptera (borboletas e mariposas), que podem ser localizadas em corpos em estado de gigantismo de putrefação; Blattaria (baratas); Hemiptera (percevejos); Isoptera (cupins) foram vistos sobre ossos e podem ser responsáveis pela remoção de restos de ligamentos e cartilagens; Hymenoptera (abelhas, vespas e formigas) podem estar associados a alguns estágios de decomposição (CARVALHO; QUEIROZ, 2010).

INFLUÊNCIA DE FATORES BIÓTICOS E ABIÓTICOS

A entomologia forense se dedica também ao estudo das variáveis ambientais, abióticas e bióticas, pois estas podem alterar as evidências deixadas em um crime (PUJOLLUZ et al., 2008).

Entre os principais fatores abióticos que interferem na decomposição cadavérica estão a temperatura, umidade, local que o corpo foi encontrado, drogas presentes no corpo, vestimentas, soterramento do corpo, ferimentos e tamanho corporal. Os mais importantes fatores bióticos são o ciclo de vida

e a heterogeneidade biológica da fauna associada, entre tais fatores, destacam-se os insetos além de outros artrópodes, microrganismos (bactérias e fungos) e vertebrados (canídeos, felinos, roedores) (TORRES, 2004). É de fundamental importância conhecer o maior número de fatores que possam interferir no processo putrefativo, na colonização dos insetos e também na sucessão das espécies presentes no cadáver, sendo um dos principais requisitos para estimar o IPM de maneira confiável (Tabela 2).

Tanto os ovos, como as larvas são influenciados pela temperatura, e com menor intensidade pela umidade relativa do ar nos seus estágios de desenvolvimento. Um conhecimento detalhado da biologia de várias espécies de dípteros e sua sucessão em um corpo em decomposição pode fornecer informações relevantes a respeito do local e do tempo de morte (CARREIRA et al., 2008;

BALTAZAR et al., 2011).

Existem alguns interferentes abióticos como cobertura do corpo (roupas), presença de substâncias ingeridas ou sobre o corpo (combustível) que podem afetar na evolução dos imaturos ou na captação de recursos realizado pelos adultos, alterando no resultado do IPM. A presença de tecido que envolva o corpo não interferem na decomposição, porém podem atrasar o mesmo, alterando assim o processo de sucessão. Caso o corpo seja encontrado submerso ou enterrado, o processo de sucessão torna-se sem validade, pois há modificações da fauna colonizada (NEVES, 2009).

A composição, distribuição e abundância da fauna necrófaga, bem como seus padrões de dinâmica populacional diferem de acordo com a área geográfica. As causas dessas diferenças não são triviais, pois estão associadas a fatores ambientais, como

Tabela 2. Relação entre variáveis e estimativa do Intervalo Pós-Morte (IPM)

Tipo de Interferência	Variáveis	Efeitos no IPM
Restrição ao acesso das espécies necrófagas	- Soterramento do corpo - Embrulhamento do corpo - Confinamento do corpo - Chuvas fortes - Comportamento noturno	Retardo no tempo de colonização
Alteração do tempo de desenvolvimento das espécies necrófagas	Temperatura - Drogas ¹ - Predatismo	Retardo ou aceleração no desenvolvimento larval, pupal e emergência do adulto
Alteração da taxa de decomposição do corpo	- Temperatura - Local - Vestimentas - Tamanho do corpo - Ferimentos ²	Retardo ou aceleração na taxa de decomposição
Alteração na composição da entomofauna	- Sazonalidade - Local - Predatismo - Confinamento do corpo	Interfere no padrão de sucessão entomológica

Nota: ¹depende da droga utilizada. ² efeito controverso na literatura. Fonte: Pinheiro et al. (2012).

temperatura, umidade relativa e fatores biológicos intrínsecos do organismo, dos quais destaca-se o potencial da prole a ser produzida (SERRA et al., 2007). Vale salientar a forte influência das interações sobre a composição da fauna de dípteros necrófagos, principalmente as moscas-varejeiras, que são os primeiros artrópodes a frequentar corpos em decomposição (NEVES, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A entomologia forense baseia-se no relacionamento entre os estágios de decomposição cadavérica para determinar o intervalo pós-morte, utilizando-se o conhecimento a respeito da oviposição e larvas da fauna cadavérica.

A idade das larvas encontradas nos corpos em decomposição é de suma importância para a estimativa pós-morte, pois as mesmas servem de evidências que auxiliam os entomólogos na determinação do tempo que ocorreu a morte.

Após a confirmação da morte, o corpo passará pelo processo putrefativo, ou seja, o fenômeno destrutivo que consiste na degradação da matéria orgânica por fungos e bactérias. Esse processo é contínuo e consiste em cinco estágios sendo eles: inicial, putrefação, putrefação escura, fermentação butírica e por último o estágio seco ou esqueletização.

Entre as diversas ordens de insetos, os Diptera se destacam pela participação nas primeiras ondas de sucessão ecológica e as principais famílias são: Calliphoridae, Sarcophagidae e Muscidae.

A entomologia forense considera também as variáveis ambientais, bióticas e abióticas que podem interferir nas evidências deixadas em um crime, sendo uma ferramenta indispensável para a área de investigação criminal.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, H. T. A. et al. Calliphoridae (Diptera) Coletados em Cadáveres Humanos no Rio Grande do Norte. **Neotropical Entomology**. v. 34, n 5, p. 855-856, 2005.

AMENDT, J.; KRETTEK, R.; ZEHNER, R. Forensic entomology. **Naturwissenschaften**. v. 91, p. 51-65, 2004.

BALTAZAR, F. N. et al. **Entomologia forense e saúde pública: relevância e aplicabilidade**. São Paulo, v. 8, n. 87, p. 14-25, 2011.

CARREIRA, A. et al. Levantamento e caracterização da dipterofauna necrófaga em uma localidade de Brasília. **Ciências da Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 87-102, 2008.

CARVALHO, B. J. C.; MELLO-PATIU, A. C. Key to the adults of the most common forensic species of Diptera in South America. **Revista Brasileira de Entomologia**. v. 52, n. 3, p. 390-406, 2008.

CARVALHO, E. C. T.; QUEIROZ, P. R. Descrição das principais famílias de Diptera utilizadas na Entomologia Forense. **V Mostra de Produção Científica da Pós-Graduação Latu Senso da PUC Goiás**. v. 1, p. 13, 2010.

CRUZ, T. M.; VASCONCELOS, S. D. Entomofauna de solo associada à decomposição de carcaça de suíno em um fragmento da Mata Atlântica de Pernambuco, Brasil. **Biociências**, v.14, n.2, p. 193-201, 2006.

LIMA, C. G. P. **Deteção e estudo sobre o efeito da metanfetamina e do ecstasy no desenvolvimento de imaturos de três espécies de chrysomia (Diptera: Calliphoridae) de importância forense**. 68 f. Dissertação (Mestrado em Biologia Geral e Aplicada e Área de concentração em Biologia de parasitas e microrganismos) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Botucatu, 2009.

MARTINS, E. **Análise dos processos de decomposição e sucessão ecológica em carcaças de suíno (*Sus scrofa* L.) mortos por disparo de arma de fogo e overdose de cocaína e protocolo de procedimentos diante de corpo de delito**. Dissertação (Mestrado em Biologia Geral e Aplicada e Área de concentração em Biologia de parasitas e microrganismos) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Botucatu, UNESP, 120 p., 2009.

- MISE, K. M.; ALMEIDA, L. M.; MOURA M. O. Levantamento da fauna de Coleoptera que habita a carcaça de *Sus scrofa* L., em Curitiba, Paraná. **Rev. Bras. entomol.** v. 51, n.3, p. 358-368, 2007.
- NEVES, J. A. **Análise da decomposição e sucessão ecológica relacionada ao sexo e a ambiente indoor e outdoor em carcaças de suínos (*Sus Scrofa* L.) expostas no litoral norte do Estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado em Biologia Geral e Aplicada e Área de concentração em Biologia de parasitas e microorganismos) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Botucatu, UNESP, 60 p. 2009.
- OLIVEIRA-COSTA, J. **Entomologia Forense** - Quando os insetos são vestígios. 1ª edição São Paulo: Millenium, p. 91-166, 2008.
- PINHEIRO, D. S. et al. **Variáveis na estimativa do intervalo pós-morte por métodos de entomologia forense.** Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas)- Universidade Federal de Goiás, Goiana, Brasil. 2012.
- PUJOL-LUZ, J. R. et al. Cem anos da Entomologia Forense no Brasil (1908-2008). **Rev. Bras. entomol.** v. 52, n.4, p. 485-492, 2008.
- ROSA, T. A. et al. Díptero de interesse forense em dois perfis de vegetação do cerrado em Uberlândia, MG. **Neotropical Entomology**, v. 38, n.6, p.859-866, 2009.
- SANTOS, D. S.; PIVATO, L. S. Entomologia forense: insetos associados à investigações médico-criminais. **UNINGÁ Review**. v. 4, n. 3, p. 75-84, 2010.
- SERRA, H. et al. Sex ratio and dynamic behavior in populations of the exotic blowfly *Chrysomya albiceps* (Diptera, Calliphoridae). **Brazilian Journal of Biology**. v. 67, p. 347-353, 2007.
- SOUZA, A. S. B; KEPPLER, R. L. F. Sobrevivência de pupas de *Lucilia eximia* (Wiedemann) (Diptera, Calliphoridae) após submersão em laboratório. **Revista Brasileira de Entomologia**. v. 53, n. 3, p. 490-492, 2009.
- TORRES, M. C.; KOSMANN, C.; ARANTES, L. C. **O futuro da entomologia forense:** Aliança entre taxonomia e biologia molecular. 2004. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/V%20MOSTRA%20DE%20PRODUO%20CIENTIFICA/SAUDE/77.pdf>. Acesso em: 10 dezembro 2012.
- VIANNA, E. E. S. et al. Abundância e flutuação populacional das espécies de *Chrysomya* (Diptera, Calliphoridae) em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Iheringia, Sér. Zool.**, v. 94, n.3, p. 231-234, 2004.

LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA Y LOS RETOS DE LA EDUCACIÓN PARA ADULTOS MAYORES

CONTEMPORARY SOCIETY AND THE CHALLENGES OF SENIOR CITIZEN EDUCATION

Adilton Mendes¹
André B. Sandes²
Carlos Magno Pessoa³
Sonia Celeste⁴

Los cambios observados en el campo de la medicina y de la industria farmacéutica, asociado con mejoras sustanciales en las condiciones de saneamiento en todo el mundo hizo, además de reducir la mortalidad infantil, aumentar considerablemente la cantidad de personas de la tercera edad en todo el mundo. Este trabajo tiene como objetivo principal, proporcionar una discusión al respecto de esa temática, subrayando los retos de la educación para la tercera edad, para que podamos despertar en las personas el compromiso con ese grupo social emergente. Así, contribuiremos para el desarrollo de una generación más humana y sensible a los problemas colectivos.

Palabras clave: Sociedad. Tercera edad. Educación.

The changes observed in the field of medicine and the pharmaceutical industry, associated with substantial improvements in sanitation conditions resulted not only in the reduction of child mortality, but also in a significant increase of the senior citizen population throughout the world. The objective of this paper is to discuss the challenges of senior citizen education in order to gain people's commitment to this emerging social group and to contribute to the development of a generation more sensitive to collective problems.

Keywords: Society. Senior population. Education.

¹Adilton Mendes: Educador, Licenciado em Pedagogia, Mestre em Teologia – Educação (EST), Doutorando em Educação (UCSF), Professor Regente pela SEC (Secretaria Municipal de Valença) e FAZAG (Faculdade Zacarias de Góes). Contato: m.adilton@yahoo.co.br

²André B. Sandes: Educador, Licenciado em Geografia, Mestre em Teologia – Educação (EST), Doutorando em Educação (UCSF), Professor Regente pela SEC (Secretaria estadual de educação) Bahia e FACE (Faculdade de Ciências Educacionais). Contato: absandes@hotmail.com.

³Carlos Magno Pessoa: Educador, Licenciado em Filosofia, Mestre em Teologia – Educação Comunitária com Infância e Juventude (EST), Doutorando em Educação (UCSF), Professor Regente pela SEC (Secretaria estadual de educação) Bahia. Contato: pessoa.carlos@hotmail.com.

⁴Sonia Celeste: Educador, Licenciada em Pedagogia, Mestra em Educação (UAH), Doutorando em Educação (UCSF), Professora Regente pela SEC (Secretaria Municipal de educação) Amazonas. Contato: soniacel@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La sociedad contemporánea ha llegado a un nivel de complejidad como nunca antes en la historia y este fenómeno es un reflejo de una nueva dinámica social que se manifiesta en el ritmo acelerado del mercado de trabajo, en la crisis de valores morales, en la dificultad de imposición de límites de algunos padres, en la ausencia de diálogo entre los miembros de la familia y en la influencia directa de los medios de comunicación.

Los cambios observados en el campo de la medicina y de la industria farmacéutica, asociados a mejoras sustanciales en las condiciones de saneamiento en todo el mundo hizo reducir la mortalidad infantil y aumentar gradualmente la esperanza de vida de las personas, provocando una verdadera explosión demográfica.

Clasificar la edad límite que marca el paso de la fase adulta a la vejez no es tarea fácil. Mascaró (1997, p 35, traducción nuestra) cuestiona: "En nuestros días, una persona de 60 años, sana, interesada en la vida, productiva, se puede considerar vieja. [...] Pero, por otro lado, muchas personas con 40 o 50 años ya están agotadas, enfermas, y parecen tan viejas" La referida provocación demuestra la complejidad definir este grupo y establecer patrones para el envejecimiento.

En ese sentido Netto conceptúa,

El envejecimiento (proceso), la vejez (etapa de la vida) y el anciano (resultado final) constituyen un conjunto cuyos componentes están estrechamente relacionados. [...] El envejecimiento es conceptualizado como un proceso dinámico y progresivo, en el cual hay cambios morfológicos, funcionales, bioquímicos y psicológicos que determinan la capacidad del individuo para adaptarse al entorno, dando lugar a una mayor vulnerabilidad y mayor incidencia de procesos patológicos que acaban llevándolo a la muerte. (NETTO, 2002, p. 10, traducción nuestra).

La Organización Mundial de la Salud

(OMS), por ejemplo, considera que 65 años es el límite inicial de esta fase, mientras que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera los 60 años el marco de la tenue frontera. Como se trata de una cuestión subjetiva, que involucra múltiples variables, en este trabajo serán adoptados, para orientar la discusión, los criterios sugeridos por la OMS para caracterizar la población de la tercera edad.

Muchos son los investigadores que se dedican a estudiar la cuestión del envejecimiento de la población mundial, y en ese sentido es importante agregar conocimiento, promover debates y viabilizar alternativas que mejoren las condiciones de vida de las personas que se encuentran en el grupo de la tercera edad, ya que es un proceso natural y, a la vez, interesa a todos.

En este contexto, muchos cuestionamientos han surgido respecto a los cuidados que toda sociedad debe dedicar a los ancianos, además de la contribución de las escuelas y universidades, en el sentido de provocar a los estudiantes para pensar, comprender, sugerir y, principalmente, comprometerse en la construcción de un mundo mejor, más justo y feliz para todos.

Los medios de comunicación de masa pueden desempeñar un papel relevante en el proceso de tomada de conciencia colectiva, sobre todo porque tiene miles de espectadores que escuchan sus programaciones. Todos saben que los medios de comunicación de masa imponen las reglas, patrones, modas, tendencias y comportamientos que influyen fuertemente en la vida de las personas y este potencial no se debe desperdiciar.

En las comunidades preindustriales, la interacción entre individuos de diferentes edades era más frecuente y momentos de encuentro para contar, escuchar historias y cuentos proporcionaban el desarrollo de relaciones afectivas entre sus miembros, a través del diálogo entre los familiares, vecinos y amigos.

Es en esta perspectiva de cambio de contexto que se debe analizar la cuestión de los adultos mayores, ya que el ritmo acelerado del cotidiano de las familias "modernas" dificulta el despertar de relaciones afectivas sólidas y saludables, y el acompañamiento de los ancianos, por las familias, es negligenciado o transferido a otras instituciones.

Mejorar la calidad de vida de este grupo de personas es un gran desafío y, por lo tanto, debe entenderse en sentido amplio del término. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedades, siendo de esta manera necesario relacionar los factores sociales, económicos, culturales al ambiente en que están instalados, que debe estar en sintonía para promover el equilibrio emocional necesario para el desarrollo integral de los ancianos.

En ese sentido, para minimizar los impactos de esta crisis de valores morales que enfrenta la sociedad contemporánea y construir un mundo mejor va a requerir una nueva mirada a los ancianos, por la contribución que ellos dieron y todavía continúan dando en el equilibrio de las relaciones en el seno de la familia. Ellos necesitan encontrar sentido a la vida y el apoyo necesarios para vivir con dignidad.

En este nuevo siglo, es muy importante rescatar la dimensión del cuidado. Para Leonardo Boff (2002, p. 33), cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, preocupación, responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro. En esta "coexistencia y convivencia", en esta navegación, en este juego de relaciones, el ser humano va construyendo su propio ser, su auto conciencia y su propia identidad (BOFF, 2002, p. 33).

Las escuelas no pueden olvidar esa

necesidad contemporánea, deben incluir en sus proyectos actividades que valoren al anciano, invitándolo a hacer parte del proceso de educación de los niños y jóvenes, como también invitarlos para regresar a las escuelas a estudiar y aprender cosas nuevas.

Este trabajo tiene como objetivo principal, proporcionar una discusión al respecto de esa temática, subrayando los retos de la educación para la tercera edad, de modo que podamos despertar en las personas el compromiso necesario para un cambio de paradigma. De esta manera, contribuiremos para el desarrollo de Políticas Públicas orientadas hacia ese grupo social emergente, como también para la formación de una generación más humana y sensible a los problemas colectivos.

Contextualización de la sociedad contemporánea

La sociedad contemporánea pasa por grandes cambios. La tecnología avanza, los medios de comunicación "bombardean" con hechos y datos, el cotidiano es cada vez más agitado, el tiempo cada vez más escaso y las condiciones económicas son cada vez más difíciles (sobre todo en la periferia de los países subdesarrollados), a medida que las personas viven más.

En la segunda mitad del siglo pasado, varios acontecimientos de importancia histórica han transformado el escenario social y ambiental. Entre las décadas de 60 y 70, varios prominentes sociólogos han formulado una interpretación de la sociedad moderna que denominaron *Teoría de la Sociedad Postindustrial*.

Es importante destacar que la población de ancianos está creciendo más rápido que la de los niños en todo el mundo. En 1980 el planeamiento familiar, la caída de las tasas de fertilidad y la longevidad de las personas mayores se tornaron una realidad en muchos países.

Los medios de comunicación difunden

los puntos preocupantes del desarrollo técnico y científico, como por ejemplo, la producción de los alimentos modificados genéticamente, la utilización de productos químicos en la agricultura y pecuaria, la crisis energética y el problema ambiental que amenaza toda la vida en la tierra, aunque muchos ciudadanos todavía tengan dificultades para comprender cómo estos cambios afectan su cotidiano, así como su futuro.

Son muchos los estudios que revelan que los ancianos tienen gran interés y posibilidades de lograr cierta autonomía en sus actividades diarias, incluso frente a la complejidad de la informática en este siglo XXI, que ofrece algunos beneficios como una mayor estimulación mental e interacción social.

Se hace necesario decir, que al promover al anciano en el contexto de este mundo digital, no se puede dejar de tener en cuenta la historia de su vida, su lenguaje y su desarrollo cognitivo, físico y emocional.

Algunos hábitos de vida pueden interferir y acentuar el declinio de estas funciones, entre ellos el contacto, la convivencia con ambientes estresantes, la falta de condicionamiento físico, una carga de trabajo excesiva, la depresión, el estrés, el uso indebido de medicamentos y los problemas de orden emocional y nutricional (HAYFLICK, 1996, p. 12).

Un factor muy importante es rescatar la autoestima de la población de edad avanzada después de la jubilación, proporcionando oportunidades de interacción con otros miembros de la sociedad, incluso por medio de la informática, de tal forma que llenen su tiempo ocioso con actividades que los hagan sentirse mejor y acogidos.

La inclusión digital puede hacer oportuno, de cierta manera, la inclusión social, ya que el interés y la participación de las personas de tercera edad en la internet han crecido considerablemente. En las ciudades más pequeñas muchas personas salen para trabajar en lugares lejanos y el contacto entre

amigos y familiares sería mucho mejor si el anciano dominase esa tecnología.

A través de la internet, la población de edad avanzada también podría buscar informaciones sobre salud, calidad de vida, noticias, finanzas, entretenimiento (incluido en esta categoría los sitios de juegos, relaciones, viajes y deportes), planes de jubilación y educación.

Para tanto, eso requiere un nivel de conocimiento que la escuela puede y debe proporcionar a los adultos mayores, si quieren, obviamente, contribuir para mejorar su calidad de vida.

Los cambios demográficos y las Políticas Públicas

El crecimiento de la población de tercera edad se presenta hoy como un fenómeno que no ocurre solamente en los países centrales, sino también, cada vez más, en los países periféricos y emergentes. Este proceso en Brasil, que es considerado un país en desarrollo, empezó en los años 40 del siglo pasado, cuando presentó un patrón demográfico relativamente inestable y de carácter secular.

De esta manera, los verdaderos cambios en el patrón demográfico empezaron a ocurrir de forma tímida y lenta a partir del año de 1940, cuando se advierte una disminución de los niveles generales de mortalidad, no acompañada por un proceso concomitante de disminución de las tasas de natalidad.

Por lo tanto, la transformación radical de la estructura demográfica corresponde a uno de los más importantes cambios estructurales que se observan en la sociedad brasileña, con reducciones en la tasa de crecimiento de la población y alteración en la estructura etaria, con el crecimiento más lento del número de niños y adolescentes, paralelamente, a un aumento de la población en edad activa y de personas de tercera edad. Así:

Un nuevo escenario en Brasil para la vejez

podrá ser construido teniendo en cuenta dos actitudes fundamentales: el cultivo de una cultura de tolerancia, donde el respeto a las diferencias sea el valor fundamental, y considerar al ser humano como una prioridad absoluta, independientemente de su edad, en la efectuaración de Políticas Públicas que busquen garantizar la inclusión social para todos (BRUNO, 2003, p. 891, traducción nuestra).

Los cambios demográficos están ocurriendo rápidamente y de manera desigual en todo el país, sin embargo el gobierno se muestra totalmente irresponsable, poco preparado y sin una Política Pública que nos posibilite una mirada diferente para ese grupo social.

Por esta razón, ha sido intensamente estudiado y retratado en las investigaciones realizadas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), así como ampliamente discutido en seminarios y conferencias de expertos en estudios de población, un nuevo perfil de la sociedad, relacionado a una nueva realidad demográfica brasileña. De esta forma: "El envejecimiento de la población pasa a ser visto como una parte actuante y como resultado del proceso de desarrollo y transformación de la sociedad que necesita una atención especial." (CAMARANO, 2004, p. 8, traducción nuestra).

Este es un tema que necesita un acompañamiento cada vez más sistemático y preciso, pues está directamente relacionado con la formación y el desarrollo de un grupo social que viene haciéndose más significativo y relevante dentro del contexto actual del país.

Es necesaria y urgente una política más comprometida con los problemas de orden social y un plan de reformulación de la salud, educación, seguridad y estabilidad económica en Brasil para traer tranquilidad a todos.

Esto se ha verificado todos los días, frente a las necesidades que las personas mayores han presentado sin la posibilidad de una resolución inmediata, donde la demanda es mucho menor que las necesidades que se

presentan en la sociedad actual. Por lo tanto, la percepción general de la sociedad brasileña es de que los servicios básicos son deficientes y muy caros, sin contar con desperdicio y desvío de recursos que deberían ser aplicados en esos sectores.

Muchos de los brasileños de edad avanzada viven cotidianamente angustiados con la devaluación de las pensiones, con temor y depresión, con la falta de atención y actividades de ocio, con el abandono en los hospitales o asilos de ancianos, y sufren todavía, todo tipo de obstáculos para garantizar alguna asistencia a través de planes privados de salud.

A la desinformación, el prejuicio y la falta de respeto a los ciudadanos de edad avanzada, se suman la precariedad de inversiones públicas para atender a sus necesidades específicas, la falta de instalaciones adecuadas y la carencia de programas específicos y recursos, sea en cantidad o en calidad.

La nueva realidad demográfica del país en cuestión apunta a la urgencia del cambio de paradigmas y a la innovación de la atención de la salud de la población de adultos mayores, que, a su vez, necesitan iniciativas creativas y propuestas de acciones diferenciadas, a fin de mejorar la eficacia del sistema para poder gozar integralmente de sus derechos.

Se sabe que ese vivir es más importante en la medida en que se añade calidad a los años adicionales de vida. Autonomía, participación, cuidado, satisfacción, posibilidad de actuar en varios contextos sociales y elaboración de nuevos significados a la vida en la edad avanzada son hoy conceptos para cualquier política destinada a las personas de tercera edad.

Todos necesitan calidad de vida, bienestar, salud, ocio y, en especial, aquellos que han contribuido y contribuyen para la formación y construcción de la sociedad. Para tanto, la educación puede traer una gran contribución.

Educación para la tercera edad

El envejecimiento del ser humano es un proceso permanente que se divide entre primera infancia, la niñez, la adolescencia, la madurez y la vejez y, para hablar de esas etapas, es relevante mencionar también cuestiones sociales, culturales y valores y prejuicios que hacen parte de las relaciones establecidas entre grupos de ancianos y de no ancianos.

Se debe tener en cuenta que los factores socioculturales y económicos definen la imagen que la sociedad tiene de los adultos mayores y el tipo de relación que establece con este segmento de la población, ya que ese concepto es una construcción histórica y social. Para Debret,

La investigación antropológica ha demostrado que las fases de la vida, como la niñez, la adolescencia y la vejez no son propiedades sustanciales que el individuo adquiere con el avance de la edad cronológica. Las categorías de edad son construcciones históricas y sociales (DEBRET, 2003, p.47, traducción nuestra).

Fue después de 1970 que los ancianos empezaron a ser objeto de preocupación, primeramente en los países europeos y en Estados Unidos, haciendo con que el tratamiento que ellos recibían ganase repercusión. La calidad de vida de los ancianos pasó entonces a ser considerada esencial, así como su salud física y mental.

Es en ese contexto que la educación para adultos mayores debe ser pensada para que no sean desechados de la sociedad como un objeto que no sirve más, desconsiderando toda una historia de contribución para el desarrollo social colectivo.

Muchos proyectos de inclusión y de formación para ese grupo de personas hicieron con que muchos ancianos buscaran espacios educativos para aprender cosas a las que no tuvieron acceso en la niñez,

especialmente en sitios donde las oportunidades siempre fueron pocas. La posibilidad de alfabetizarse en cursos del programa de educación de jóvenes y adultos o de aprender informática para comunicarse con familiares y amigos lejanos, entre otras cosas de su interés, o simplemente por el placer de aprender, hizo que muchos de ellos volvieran a la escuela.

Los estudios realizados en todo el mundo sobre la educación de adultos mayores indican que cada día crece su interés por cursos universitarios y las universidades, a su vez, ofrecen opciones en diversas áreas del conocimiento a través de programas específicos para atender a esa nueva demanda.

Muchas personas mayores están jubiladas o ya no tienen que cumplir con un horario de trabajo riguroso, lo que posibilita dedicarse a los estudios y participar activamente de las actividades educativas con colegas que tienen el mismo propósito. Es en ese contexto que la escuela pasa a tener entonces un papel no sólo como difusora de conocimientos, sino también como principal agente para el intercambio de experiencias y oportunidades para la interacción entre diferentes personas, proporcionando un momento singular de placer y convivencia social, mejorando consecuentemente su calidad de vida.

Esta función social que la escuela ha asumido, provoca una gran diferencia en la vida de los adultos mayores, a medida que mejora la autoestima, valora sus conocimientos e historia de vida, haciendo que se sientan útiles, capaces de aprender, desarrollar sus potenciales y envejecer con dignidad.

En las ciudades más pequeñas, por no haber opciones de ocio, las escuelas se convirtieron en un espacio interesante de convivencia social. Por tanto, el Poder Público debe garantizar los recursos necesarios para acoger a estas personas con cariño y ofrecer las condiciones para que encuentren un

ambiente favorable a su desarrollo. Así, si la educación se limitaba a los jóvenes que debían ingresar en el mercado de trabajo, hoy en día hay otros desafíos que deben ser tomados en cuenta.

Considerando que la educación es un proceso continuo, permanente y que el potencial de desarrollo humano no termina en la vejez, los adultos mayores deben encontrar las condiciones ideales para continuar aprendiendo, adquiriendo conocimiento y viviendo experiencias que den sentido a su vida.

Consideraciones finales

Como ya fue dicho anteriormente, existen muchos desafíos que la sociedad contemporánea precisa enfrentar, buscando alternativas para resolverlos o, por lo menos, minimizarlos.

La cuestión de la inclusión de las personas mayores es, sin duda, uno de esos desafíos. Por lo tanto, deben ser pensadas Políticas Públicas que consideren esa realidad, ya que la expectativa de vida está aumentando en todo el mundo, especialmente en los países en vía de desarrollo.

Los espacios educativos deben estar preparados para absorber esa nueva demanda y atenderlos de la mejor forma posible, de modo que encuentren allí posibilidades de continuar creciendo intelectualmente en la convivencia social con educadores y colegas.

Por otro lado, ellos pueden dar una gran contribución si invitados a participar, en algunos momentos, de las clases regulares, contando sus historias de vida y hablando sobre la importancia de los estudios para el desarrollo individual y colectivo, cuán importante es valorar la escuela y aprovechar las oportunidades para crecer como ser humano. Ciertamente hará que los niños y jóvenes repiensen su conducta y aprovechen las clases con sabiduría desde temprano.

Los espacios rurales no pueden quedar fuera de esas iniciativas, ni tampoco excluir a aquellos que alimentaron las ciudades con su trabajo durante casi toda su vida, muchos de ellos teniendo que abandonar sus estudios para trabajar en la agropecuaria. Al final, toda la sociedad tiene, de cierta forma, una deuda con ellos también, que tienen el derecho de aprender aun en la vejez.

Es una vergüenza para un país tener tanta gente analfabeta y, para aquellos que todavía no aprendieron a leer, es muy triste tener que vivir sintiéndose un extranjero dentro de su propio país. Sin duda, llegó la hora de ofrecer la oportunidad negada a lo largo de la historia de Brasil. Para que ellos puedan aprender. Para tanto, los educadores deben basarse en el método de alfabetización de Paulo Freire, llevando en consideración su contexto y dando sentido al que aprende, alfabetizando no sólo a través de la palabra escrita, sino también aprovechando la oportunidad para alfabetizar políticamente, de modo que puedan ejercer su ciudadanía, participando activamente de las decisiones que los afectan directamente.

Finalmente, es importante destacar, una vez más, que la inclusión digital debe ser viabilizada también, ya que se trata de una necesidad de la vida moderna que trae muchas posibilidades de aprendizaje. Así, estaremos asegurando para todos las oportunidades necesarias para el desarrollo personal y de toda la sociedad.

REFERENCIAS

- BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRUNO, Regina Pastor. *Cidadania não tem idade. In Serviço Social e Sociedade, 75, ano XXIV, Velhice e Envelhecimento*, Editora Cortez, São Paulo: 2003.
- CARAMANO, A. *Os novos idosos brasileiros, muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004.

DEBERT, Guita Grin. *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP; FAPESP, 1999.

HAYFLICK, L. *Como e porque envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

MASCARÓ, S.A. *O que é velhice*. (Coleção Primeiros Passos) São Paulo: Brasiliense, 1997.

NETTO, M. PAPALÉO. O estudo da velhice no séc. XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

O PEDAGOGO E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR *THE EDUCATOR AND THE HUMANIZATION PROCESS OF THE HOSPITAL ENVIRONMENT*

Lucas da Silva Santos¹
Tânia Maria Santos de Sousa²

O presente trabalho tem a intenção de apresentar a importância da atuação do pedagogo no ambiente hospitalar, discutindo o importantíssimo papel desse profissional no atendimento escolar de crianças/ adolescentes hospitalizados, além de conscientizar, discutir e ampliar as ideias dos profissionais da educação e da saúde, quanto a proporcionar uma melhor qualidade de vida, para todas as pessoas que requerem um cuidado e um olhar especial para um atendimento individualizado, seja no atendimento domiciliário ou hospitalar de modo a promover a inserção e familiarização desses indivíduos com o ambiente hospitalar proporcionando aos mesmos um atendimento e acompanhamento mais humanizado.

Palavras-chave: pedagogia hospitalar, hospital, papel do pedagogo, educação, humanização.

The aim of this paper is to discuss the importance of the educator in the hospital environment in terms of school attendance of hospitalized children and adolescents. We also intend to raise the awareness of health and education professionals in order to provide a better life quality for patients who require individualized care, whether at home or in the hospital, and to promote the inclusion and familiarity of these individuals with the hospital environment which should provide humanized care and monitoring.

Keywords: teaching hospital, hospital, role of teacher, education, humanization.

¹Licenciado em Pedagogia na FAMAM; Professor do Colégio Municipal Teresa de Lisieux; Trav.2 O Gondoleiro do Amor, 54 Centro/ Cabaceiras do Paraguassu. lukasmedeirosantos@hotmail.com

²Pedagoga, Mestre em "Família na Sociedade Contemporânea", Professora Assistente na FAMAM e Coordenadora do Núcleo de Família no CEMAM; Lot. Hip.Lima de Oliveira, Cond. Santa Cecília – casa 2; Itapicuru / Cruz das Almas. sousatania@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A pedagogia hospitalar em 1935, com o intuito de minimizar as mortes de crianças nos hospitais franceses. A partir de então, seu exemplo passou a ser seguido na Europa e nos Estados Unidos, com o objetivo de suprir as dificuldades escolares de crianças tuberculosas.

Já se sabe que a educação não ocorre somente no ambiente escolar, mas nos mais diversos lugares, e esta por sua vez não é fruto de um modelo pronto e acabado. Dessa forma, a Pedagogia vem expandindo seu campo de atuação e por isso é preciso que o pedagogo esteja atento e preparado para atuar em diferentes locais.

A LDBEN (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), (Brasil 2007) em seu artigo 4º assegura o direito à educação a toda criança e adolescente em idade escolar, mesmo aquelas que se encontram hospitalizadas.

Pensando que todo indivíduo em situação de afastamento escolar por motivo de doença deve ter acesso à continuidade dos seus estudos afim de não comprometê-los, surge à pedagogia hospitalar com o intuito de dar continuidade ao processo de aprendizagem das crianças e adolescentes hospitalizados através de propostas voltadas para atender suas necessidades e dar seguimento à educação desses indivíduos que, por motivo de doença, ficavam impossibilitados de frequentar a rede regular de ensino.

CONTRIBUIÇÕES DO PEDAGOGO PARA A HUMANIZAÇÃO NO ESPAÇO HOSPITALAR

A expansão do conceito de educação acabou acarretando o surgimento de novos campos de atuação do pedagogo e, conseqüentemente, a necessidade de profissionais capacitados para atender as

múltiplas necessidades da sociedade moderna.

Visto que a pedagogia é a ciência da educação, entende-se que o pedagogo é o profissional capaz de atuar nos diversos segmentos de conhecimento e formação, como nas empresas e hospitais, e não mais apenas nas escolas como se pensava nos séculos passados.

Devido às exigências do mercado de trabalho, foram instituídas por algumas faculdades nos cursos de Pedagogia disciplinas voltadas para a área empresarial e hospitalar, expandindo assim os espaços de atuação do pedagogo.

Vale salientar que segundo Fonseca (1999, apud JESUS, 2012, p. 35), apesar de ter surgido em 1935 na França, o primeiro registro de atendimento pedagógico hospitalar no Brasil foi feito cerca de 15 anos depois, no Hospital Bom Jesus no Rio de Janeiro na década de 1950. Mas somente a partir de 1990 foi que essa nova modalidade de ensino começou a se expandir pelo país, impulsionada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O Estatuto da Criança e do Adolescente Lei, 8069 de 13 de junho de 1990, dispõe garantia e direitos para crianças e adolescentes que se encontram em condições de hospitalização, mais especificamente nos artigos 4º, 7º, 11º, 53º e 57º.

Art. 7º- A criança e o adolescente têm o direito à proteção e à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitem o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 11º- É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. 17

Art. 57º- O Poder Público estimulará pesquisas, experiências e novas propostas relativas a calendário, seriação, currículo, metodologia, didática e avaliação, com vistas à inserção de crianças e adolescentes excluídos do ensino fundamental obrigatório.

Há também a publicação da Resolução Nº 41 de 13 de outubro de 1995, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, chancelada pelo Ministério da Justiça, que trata dos direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.

Segundo Ceccim e Carvalho (apud Calegari 2003, p.42), tais direitos são descritos da seguinte forma:

- 1- Direito à proteção à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
- 2- Direito a ser hospitalizado quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa;
- 3- Direito a não permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade;
- 4- Direito de ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como receber visitas;
- 5- Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer;
- 6- Direito de receber aleitamento materno sem restrições;
- 7- Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la;
- 8- Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados e do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário;
- 9- Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar; 18.
- 10- Direito a que seus pais, ou

responsáveis, participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida;

11- Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família;

12- Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal;

13- Direito de receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;

14- Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-tratos;

15- Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral;

16- Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais;

17- Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética;

18- Direito à confidência de seus dados clínicos, bem como direito a tomar conhecimento dos mesmos, arquivados na Instituição, pelo prazo estipulado em lei;

19- Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da criança e do Adolescente respeitados pelos hospitais integralmente;

20- Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Percebe-se por tanto que muitas leis foram criadas no intuito de garantir os direitos da criança e do adolescente, mas vale salientar que nem tudo que se encontra na teoria é de fato executado na prática. Infelizmente, ainda é possível encontrar em todo o país hospitais que não oferecem atendimento escolar às crianças hospitalizadas, outros não têm estrutura física adequada para o trabalho pedagógico, como a

falta de implantação de brinquedoteca entre outros.

Aos poucos a pedagogia hospitalar vem se expandindo no atendimento à criança hospitalizada, e em muitos hospitais do Brasil tem se enfatizado a visão humanística.

Sendo assim, a pedagogia hospitalar visa oferecer apoio emocional e humanístico tanto para o paciente como para o familiar. Esse apoio acontece quando crianças ou jovens ficam internados por um longo período, ficando afastados das aulas.

A Pedagogia Hospitalar é um ramo da educação que proporciona ao indivíduo hospitalizado uma recuperação com menos sofrimento, através de atividades lúdicas de caráter pedagógico e recreativo.

Além disso, a pedagogia hospitalar tem a intenção de prevenir o fracasso escolar, que nesses casos é gerado pelo afastamento da rotina escolar.

A hospitalização é uma situação desconfortante que em geral provoca inquietação, tristeza, angústia e sofrimento ao paciente. Um dos fatores que podem provocar todos esses sentimentos é o afastamento do seu ambiente habitual.

A pedagogia hospitalar é capaz de promover um elo entre a criança/ adolescente hospitalizado com o “mundo” que ficou fora do ambiente hospitalar, uma vez que pretende integrar o enfermo no seu novo modo de vida o mais rápido possível dentro de um ambiente acolhedor e humanizado, mantendo contato com o meio exterior, privilegiando as relações sociais e reforçando os laços familiares.

Ao ser submetida a vários processos do tratamento, a criança passa a lidar com situações difíceis, que exigem a atenção e dedicação de profissionais para que as auxiliem na expressar seus sentimentos. A interferência pedagógica no hospital tornou-se um dos aliados no tratamento infantil ao promover a mudança do significado do contexto hospitalar com o objetivo de superar o sofrimento que a doença causa aos indivíduos

O papel do pedagogo nesse contexto é de preparar o conteúdo dentro do próprio hospital, realizando as atividades propostas de forma adequada a cada paciente, para que o fato de estarem hospitalizados não comprometa seu desenvolvimento acadêmico.

As rotinas da internação muitas das vezes não contemplam a subjetividade e seus contornos emocionais, culturais e sociais na criança. Cabe ao pedagogo, portanto, uma preocupação com a devastadora influência do adoecimento e da internação hospitalar no processo de desenvolvimento deste paciente, quando ele é limitado em seu percurso de ser humano livre e saudável.

Segundo Sandroni (2008), a humanização faz-se importante no ambiente hospitalar, pois resgata o respeito à vida humana. De acordo com ele, o hospital é o local responsável por cuidar da saúde da população, porém, cada indivíduo tem sua particularidade e por isso deve ser tratado de maneira diferente. É preciso levar em conta os aspectos físicos, sociais e subjetivos presentes no processo de constituição e desenvolvimento de cada pessoa.

Almeida e Sabatés (2008, p. 5) afirmam que é oportuno realçar que o ambiente onde se presta assistência a saúde da criança e do adolescente deve ter como princípio a humanização do atendimento e a segurança dessa clientela. Para tanto, foram elaborados pelo Departamento de Cuidados Hospitalares da Sociedade Brasileira de Pediatria dez passos que devem ser seguidos durante a internação, visando à garantia da atenção de forma integral a esses pacientes.

- Realizar ações que garantam a cidadania;
- Desenvolver ações para humanizar a assistência perinatal e neonatal;
- Implantar programa de transporte pediátrico;
- Promover o acolhimento hospitalar;
- Garantir ações que promovam a participação da família na recuperação

integral da criança e do adolescente;

- Investir em programas educativos, culturais, lúdicos e religiosos para pacientes, familiares e equipe multiprofissional;
- Desenvolver ações para o aperfeiçoamento técnico - científico, fortalecimento das relações pessoais, interpessoais e institucionais da equipe de saúde;
- Estabelecer parcerias éticas que visem à promoção da saúde;
- Assegurar referência e contra-referência;
- Instituir programa de internação domiciliar; (ALMEIDA E SABATÉS 2008, p. 5-6).

Segundo Almeida e Sabatés (2008, p. 6), para que a operacionalização desses passos aconteça, é necessário que haja uma melhor formação profissional, com a capacitação para o atendimento à criança e ao adolescente segundo o paradigma de humanização. O hospital deve tentar adequar o ambiente físico de modo que favoreça essas mudanças.

Vale salientar que propor um atendimento humanizado a essa clientela vai além da reabilitação física do indivíduo que está sendo tratado, uma vez que se objetiva também seu equilíbrio emocional, social e espiritual.

Dessa forma, o pedagogo hospitalar, deve estar disposto a encarar e abraçar essa causa, contribuindo para tornar o ambiente hospitalar mais agradável, através de gestos afetivos e atividades lúdicas que possibilitem aos pacientes uma melhor aceitação da doença, sem deixá-lo se sentir um “pobre coitado”.

É importante que durante a realização das atividades pedagógicas o pedagogo propicie o envolvimento da família, uma vez que estes são imprescindíveis no processo de adaptação do enfermo ao ambiente hospitalar.

Reconhecer a família como uma constante na vida da criança, de maneira que os sistemas de serviços e os profissionais devem apoiar, respeitar

encorajar e potencializar as forças e as competências da família, assim como estimular os padrões de vida domiciliar e na comunidade (ALMEIDA e SABATÉS, 2008, p. 37).

A família é o único elo entre a criança hospitalizada e sua vida social, e é através do contato com a mesma que ela ganha força para suportar o afastamento forçado do seu ambiente natural.

As crianças compreendem a hospitalização como uma experiência misteriosa e aterrorizante e percebem o hospital como um local estranho, de anonimato, torturas e suplícios, agressões físicas com intenção punitiva, solidão, tristeza e saudades. Para elas o hospital é um local desagradável cuja função é evitar a morte, onde é proibido brincar, e não são ouvidas nem atendidas suas necessidades (ALMEIDA e SABATÉS, 2008, p. 38).

A hospitalização é uma situação geradora de crise tanto para a criança como para a família. Por isso, ambos devem receber um tratamento humanizado, e isso também faz parte do papel do pedagogo hospitalar, uma vez que ele, durante a aplicação de suas atividades pedagógicas, estará em contato direto com a criança/adolescente hospitalizado e conseqüentemente com a família.

Vendo que seu ente querido estará recebendo o cuidado adequado que lhe propicie uma melhor recuperação e/ou aceitação de sua enfermidade, certamente a família também se sentirá mais tranquila e menos angustiada frente ao sofrimento do seu ente querido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Matos e Mugiatti (2007, p. 20), “É notória, ainda hoje, na maioria dos hospitais, a existência de um clima deveras

preocupante, de despersonalização do doente.” Ainda de acordo com as autoras

“Há ainda que se considerar que os procedimentos conservadores da maioria dos hospitais sempre contribuíram, e ainda hoje contribuem, para que a sua realidade se mostre fria, impessoal e impregnada de carência de afetividade”. (MATOS e MUGIATTI, 2007, p. 21)

O papel do pedagogo hospitalar não é apenas proporcionar a educação para as crianças que não podem ir à escola, mas ajudá-las a encarar as suas dificuldades e propor meios que tornem o ambiente hospitalar mais humano e afetivo através da realização das atividades pedagógicas.

Percebe-se, portanto, que grandes mudanças deverão ser feitas para que se alcancem avanços consideráveis no que diz respeito à implantação de um ambiente mais digno e humano para as crianças/adolescentes hospitalizados, porém sabe-se que o primeiro passo já começou a ser dado, uma vez que já é possível perceber a presença de pedagogos nesses ambientes com a preocupação de garantir a continuidade do ensino, ao mesmo tempo em que pretende-se garantir a estes indivíduos a valorização dos seus direitos a educação e a saúde, como também ao espaço que lhe é devido enquanto cidadão.

Portanto, devido a todas as mudanças, reformulações e processos pelos quais a pedagogia tem passado, torna-se claro e evidente que o pedagogo e a própria pedagogia não estão restritos apenas ao exercício da docência em sala de aula, e sim à formação de cidadãos críticos e reflexivos acerca da sua função social, sendo capaz de criar e recriar, construir e reconstruir conceitos práticos que atendam as necessidades de uma sociedade que se encontra em pleno processo de mudança e evolução.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marianne Santos de. Trabalho de conclusão de curso 2009/2: **O pedagogo e sua práxis: Desafios e possibilidades na sociedade contemporânea/** Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - v. 11 - n. 11 - 2010. Disponível em: <http://www.unit.br/Publica/2010-1/HS_O_PEDAGOGO_E.pdf>. Acesso em: 24 de mar. de 2013.

ALMEIDA, Fabiane de Amorim e SABATÉS, Ana Llonch. **Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital.** Barueri, SP: Manole, 2008.

AVANZINI, Claudineia Maria Vischi. **O papel do pedagogo na interface da educação hospitalar: a experiência do estado do Paraná.** IX Congresso Nacional de Educação- EDUCERE. Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, 26 a 29 de outubro de 2009 - PUCPR. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2711_2167.pdf>. Acesso em: 24 de mar. de 2013.

BETTIOL, Líria Maria: **saúde e participação popular em questão: o programa saúde da família.** São Paulo: UNESP, 2006.

BISCARO, Deise Borba. **Pedagogia hospitalar e suas bases legais.** Disponível em: <<http://smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-educacao-saude/classes-hospitalares/WEBARTIGOS/pedagogia%20hospitalar%20-%20bases%20legais.pdf>>. Acesso em: 24 de mar. de 2013.

BRASIL. **LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação: (Lei 9.394/96) e legislação correlata/** coordenação André Arruda. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2007.

_____. **Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente.** Resolução no 41, de 13 de outubro de 1995.

_____. **Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial.** Política Nacional de Educação Especial. Brasília, DF (Mensagem especial, v. 1). 1994.

CALEGARI. Aparecida M. **As inter-relações entre educação e saúde: implicações no trabalho**

pedagógico no contexto hospitalar. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2003. Disponível em: <<http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/111/aparecidacalegari.pdf>>. Acesso em 14 de abr. de 2013.

CARVALHO, Karem Pina. **Pedagogia Hospitalar em Salvador: relatos e vivências.** Trabalho de conclusão de curso (graduação). Universidade do Estado da Bahia. Departamento de educação, colegiado de pedagogia. Campus I. 2001. Disponível em: <<http://www.uneb.br/salvador/dedc/files/2011/05/Monografia-Karem-Pina.pdf>>. Acesso em: 24 de mar. de 2013.

CLEMENTE, Marcelo. **Pedagogia Hospitalar: um breve histórico.** Quarta feira, 03 de fevereiro de 2010. Disponível em: <<http://pedagogohospitalar.blogspot.com.br/2010/02/pedagogia-hospitalar-um-breve-historico.html>>. Acesso em: 24 de mar. de 2013.

ESTEVES¹, Cláudia R. **Pedagogia hospitalar: um breve histórico.** Disponível em: <<http://smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-educacao-saude/classes-hospitalares/WEBARTIGOS/pedagogia%20hospitalar...pdf>>. Acesso em: 14 de mar. de 2013.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes e CUNHA, Izabel Cristina Kowal Olm. **Historia da educação da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** Act Paul Enferm, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em: 14 de abr. de 2013.

FONTES, Rejane de Souza. **A escuta pedagógica à criança hospitalizada: discutindo o papel da educação no hospital.** Revista Brasileira de Educação: Maio /Jun /Jul /Ago 2005 No 29. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a10.pdf>>. Acesso em: 14 de abr. de 2013.

JESUS, Ana Claudia de. **Relação educação e saúde: participação da pedagogia e a atuação do pedagogo.** Trabalho de conclusão de curso, (monografia). Faculdade Maria Milza- FAMAM. Governador Mangabeira, BA. 2012.

LIBÂNEO, José Carlos. **Pedagogia e pedagogos, para quê?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MATOS, Elizete Lucia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de Freitas: **pedagogia hospitalar: a humanização integrando educação e saúde.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLANDA, Osterlina Fátima Jucá. Dissertação de Mestrado/ **O Currículo em uma Classe Hospitalar: Estudo de Caso no Albergue Pavilhão São José da Santa Casa de Misericórdia do Pará.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Pará. 2006. Disponível em: <<http://www.ppged.belemvirtual.com.br/arquivos/File/dissertacoes2006/OSTERLINA.pdf>>. Acesso em: 14 de abr. de 2013.

ORTIZ, Leodi Conceição Meireles; FREITAS, Soraia Napoleão. **Classe hospitalar: um olhar sobre suas praxes educacional.** R. bras. Est. Pedag; Brasília, v. 82, n 200/201/202, p. 70 a 77, jan/ dez. 2001. Disponível em: <<http://rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/415/420>>. Acesso em: 22 de mar. de 2013.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Núcleo de Apoio ao Sareh. Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (Sareh):** Seed-PR. 2010. - 140 p. - (Cadernos temáticos). Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2376_2256.pdf>. Acesso em: 24 de mar. de 2013.

PIMENTA, Selma Garrido. **Pedagogia: ciência da educação.** SP: Cortez, 2001.

SANDRONI¹, Giuseppina Antonia. **Classe hospitalar: um recurso a mais para a inclusão educacional de crianças e jovens.** Caderno da pedagogia- ano 2, vol.2, NO. 3 jan/ jul. 2008. Disponível em: <<http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/viewFile/50/43>> . Acesso em: 22 de mar. de 2013.

_____. **Classe hospitalar: a importância do acompanhamento pedagógico para crianças e adolescentes.** Disponível em: <http://www.bdt.d.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado/tde_arquivos/9/TDE-2011-10-19T150353Z-3926/Publico/3837>. Acesso em: 22 de mar. de 2013.

A OCASIÃO FAZ O LADRÃO: REPENSANDO O ENSINO DE FILOSOFIA NO ENSINO MÉDIO

REASSESSING PHYLOSOPHY TEACHING IN HIGHSCHOOL

Rony Henrique Souza¹

Este texto é resultado das reflexões oriundas do V Seminário sobre o Ensino de Filosofia. Inicialmente recebo o convite para participar da mesa, cuja temática era: A Filosofia no Brasil: Repensando seu ensino. Este seminário ocorreu na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no Centro de Formação de Professores – Amargosa/Bahia. Este texto é composto de alguns momentos: o processo de retorno da filosofia para o Ensino Médio; o que entendemos como ensino de filosofia para esta época; qual a missão do professor de filosofia. A metáfora do filósofo como um super herói as avessas pautou a discussão no intuito de, ao invés de partir da tradição filosófica para pensar o lugar onde estamos inseridos, problematizar o lugar a fim de construir novas filosofias. Relato também duas experiências vividas no Colégio Estadual Professor Edgard Santos que ilustram a discussão. Tudo isto em diálogo constantes com autores que aprofundaram sobre a Filosofia e também a Educação no cenário brasileiro. Trata-se de um processo que está apenas começando, ou seja, um debate introdutório. Ao ler este texto, o leitor terá a oportunidade de criticar, repensar, discordar e até mesmo acrescentar, uma vez que decido por escrever em primeira pessoa e sei que o meu olhar é singular, embora pautado pela rede de significâncias que me constitui, trazem em si lentes marcadas pelo meu processo e percurso formativo que não tem de forma alguma a pretensão de ser uma verdade suprema.

Palavras-chave: Construção. Experiências. Ensino.

This text is the result of reflections derived from the V Seminar on Philosophy Teaching. I was initially invited to join the phorum Philosophy in Brazil: rethinking its teaching. This seminar took place at the Federal University of Bahia in the Reconcavo Teacher Training Centre - Amargosa / Bahia. This text is made up of moments: first the return of Philosophy as a high school subject, second what we take for philosophy teaching today, and last but no least important what is the mission of the philosophy teacher? The metaphor of the philosopher as a turned-upside-down superhero guided the discussion so that instead of starting form the philosophical tradition to think about our place, we could problematize the place to build new philosophies. I also reported two experiences at the Professor Edgard Santos State School to illustrate the discussion. These experiences were analyzed in constant dialogue with authors who write about Philosophy and Education in the Brazilian scenario. This is a process that is just beginning and the discussion is an introductory one. By reading this text the reader will have the opportunity to criticize, rethink, disagree and even add, since I have decided to write in the first person knowing that my look is unique, although guided by the network of significances that I am formed of and by my formative journey. Thus, there is no intention of presenting this text as an ultimate truth.

Keywords: Construction, experiences, teaching.

¹Especialista em Educação e Interdisciplinaridades pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Cruz das Almas, Bahia; <http://lattes.cnpq.br/3775724943758764>; rhsacaminho@hotmail.com.

PRA COMEÇO DE CONVERSA...

No dia 29 de Março de 2014 aconteceu no Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) de Amargosa/Bahia o V Seminário sobre Ensino de Filosofia. O tema discutido foi “A Filosofia no Brasil: Repensando seu ensino”. Na oportunidade fui convidado a dividir uma mesa redonda com os professores Roberto Lauxen da Universidade Estadual do Sul da Bahia (UESB) e também com o professor Pablo Zunino do CFP/UFRB. O evento foi organizado pelos discentes do Curso de Licenciatura em Filosofia e coordenado pelo professor Ricardo Henrique Alexandre da UFRB.

Desta forma, no intuito de socializar esta salutar experiência, construo este texto, como forma de compartilhar as ideias por mim apresentadas naquele momento. Convém ressaltar que tudo o que foi discutido pelos pares, com uma extrema maestria e competência, precisa também ser socializado, como pontuou o Prof. Dr. Roberto Lauxen em sua fala. Penso que estas publicações mantém vivo o debate realizado e possibilita que outras discussões sejam tecidas a partir do mesmo. Este encontro é um momento em que professores falaram com professores para professores e futuros professores. A riqueza do debate consiste em pensar que:

É a voz do professor que precisamos ouvir e dela extrair considerações que permitam compreender o entrelaçamento de suas histórias e trajetórias em diferentes espaços e tempos de sua vida pessoal e de sua prática docente. É essa escuta que precisamos considerar antes de qualquer julgamento. Seu relato de vida, ao transpor de sua voz, revela suas reais necessidades. Só ele sabe de si, das relações que estabeleceu com o seu processo formativo e com as aprendizagens que construiu ao longo da vida. Só ele pode contar como ele é; só ele sabe das razões para ensinar como ele ensina (FERREIRA 2009, p. 63).

Como já havia mencionado anteriormente, a proposta motivadora do debate era repensar o ensino de Filosofia. Por isso, abordei o tema a partir do lugar que ocupo, como professor da Educação Básica, no Colégio Estadual Edgar Santos em Governador Mangabeira/BA. (Re)pensando o ensino de Filosofia a partir da minha própria prática, das experiências cotidianas do meu ser e estar na profissão no Ensino Médio. Diferentemente dos outros que compuseram a mesa, que possuem uma vasta experiência enquanto professores e pesquisadores de Filosofia, atuando em ambientes universitários. Portanto, meu diálogo, as minhas reflexões são oriundas do diálogo cotidiano que tenho com o fazer docente e o meu ser docente, que está em constante processo de formação, mas que teve sua formação inicial nos cursos de Bacharelado e Licenciatura em Filosofia na UFJF.

COMEÇANDO O DEBATE

A princípio faz-se necessário considerar que o retorno da Filosofia para o Ensino Médio é muito recente. Foi pela [Lei Nº 11.684, de 2](#) de Junho de 2006, que o presidente em exercício, José Alencar Gomes da Silva, sanciona o que foi decretado pelo Congresso Nacional, o retorno das disciplinas Filosofia e também a Sociologia como componentes curriculares obrigatórios para o Ensino Médio.

Este recente retorno coloca nós, professores, diante de um emaranhado de problemas e também um emaranhado de perguntas. Como bem questiona Aspis:

É possível que esse professor pense: para que defendo a filosofia na escola? O que há de específico na filosofia que a faz necessária no currículo dos jovens? Qual filosofia ensinar? Como fazê-lo? Damos aulas de filosofia ou de filosofar? O que é a filosofia? O que é o filosofar? É possível essa separação das duas coisas? Ora, assim aquele professor terá começado a pensar filosoficamente o ensino de filosofia e só isso já pode ser um bom

começo (ASPIS 2004, p. 306).

A sensação que tenho é que, embora tenha sido questão de muitas lutas, os professores não se prepararam, ou não estão preparados, para este retorno da Filosofia ao Ensino Médio. Embora o artigo de Aspís (2004) seja anterior ao retorno da Filosofia ao Ensino Médio, há muitas opiniões diversas sobre o que fazer no Ensino Médio. Penso que a pergunta poderia ser ampliada para outras idades. É possível ensinar Filosofia a partir de quantos anos? Em se tratando de Ensino Médio, que compreende pessoas na faixa etária entre 14 a 18 anos em média, como poderia ser pensado o ensino de Filosofia? Penso também que esta pergunta também não pode ser respondida só por nós professores, mas por todos, toda a comunidade escolar. Outra questão presente nesta citação é sobre a singularidade da Filosofia, ou seja, o que a Filosofia pode oferecer que as outras disciplinas já não oferecem? Aspís (2004) ainda afirma:

Se a filosofia pode contribuir na educação do outro para ser outro, significa que ela se lança ao desconhecido. Abdica de qualquer poder de controle da formação para apreciar aquilo que possa vir a ser criado. O professor de filosofia aposta no que virá, mesmo que este seja desobediente à sua ordem das coisas, mesmo que este seja contrário e até incompreensível, tão outro que seja esquivo à posse e à comunhão. O outro, autônomo, cria seu mundo e a si e o professor aposta (ASPIS 2004, p. 318).

Quando Aspís afirma que é um lançar-se ao desconhecido, penso que não tem nada pronto e mesmo se houvesse, isto não nos deixaria confortados, pois o fato de o outro ser outro, todavia inédito, nos desinstalaria. O professor não pode ser o patrono do saber, o todo poderoso por ter conhecimento da tradição filosófica, mas é antes de tudo, como bem reafirma Aspís (2004), um “super herói às avessas”, diferentemente do conceito tradicional de super herói, não resolve

problemas, mas os cria.

O professor se coloca aqui como um problematizador, talvez não tenha a pretensão messiânica de tirar os homens da caverna, mas de pelo menos tornar a caverna um problema. Não se trata de uma paixão órfica, muito criticada por Nietzsche, de tirar o homem do cotidiano, mas de olhar o mundo de forma dialética, o que significa entender que o mundo nem sempre foi o que é e por isto não necessita continuar a ser o que está sendo.

Outra abordagem a ser mencionada é resultante de um questionamento feito por um discente da CFP/UFRB, o qual indagou sobre o que deveríamos priorizar como conteúdos/abordagens no ensino de Filosofia para o Ensino Médio. Penso que a “ocasião faz o ladrão”, ou seja, os conteúdos a serem aplicados não são propriedades minhas ou nossas, pensando em nós professores, não posso ser um depositário do poder da tradição, mas sempre numa relação dialógica a construção se dá.

O mundo neste sentido torna-se conteúdo para se pensar e fazer filosofia. Seria, a meu ver, muita pretensão acreditar que tudo ou que sobre tudo o que estamos vivenciando os filósofos já disseram. Por sermos contemporâneos, estamos abertos ao mundo do incerto:

A incerteza cognitiva é fato humano, já que a complexidade é um fato de vida e não um conceito teórico. Ela corresponde à multiplicidade, à interação e ao relacionamento de sistemas e fenômenos infinitos que compõem o mundo natural e social (SANTOS 2003, p. 308).

O fato de não ter nada pronto definido. Por não obtermos as regras do ensino como se fossem uma receita de bolo ou algo parecido, nos deixa angustiados e inquietos para pensarmos este assunto. A angústia nos mergulha nas possibilidades e só esta postura angustiante já nos diferencia dos outros.

[...] o pensamento é produzido na multiplicidade de seus fatores. Ele é uno

múltiplo, é aberto à cultura, à emoção, ao mito, à religião, à poesia, é versátil, é complexo. O pensamento mobiliza suas aptidões, sejam elas cognitivas, históricas, poéticas, míticas, para ser elaborado e enfrenta a complexidade de acontecimentos em relação interativa simultânea. Utiliza suas capacidades criadoras para reconhecer os princípios norteadores da sua elaboração. O pensamento surge e é produzido relacionalmente. O pensamento mobiliza integralmente o ser e valoriza a sua história de vida, sua formação no seio da cultura e suas próprias possibilidades dialéticas de se relacionar com o mundo, sem a primazia deste ou daquele aspecto da constituição humana (SANTOS 2003, p. 308).

A proposta é fazer filosofia a partir do mundo e não de reduzir o mundo, a vida nas grades daquilo que foi construído. Atraídos por Deleuze, vamos criando novos conceitos. Não tem a mesma sensação do sabor da goiaba aqueles e aquelas que só a contemplam ao longe, é preciso tirá-la do pé, descascá-la e, enfim, saborear. É necessário problematizar a caverna e não somente fazer com que aqueles que já saíram da caverna acreditem que a realidade da caverna é a única que existe.

É Silvio Gallo, que mais uma vez relendo Foucault, Deleuze e Guattari também dialoga com esta perspectiva. Desloca a Filosofia do comodismo, nos insere na complexidade da questão.

Para ele, a Filosofia deve ser vista como uma *caixa de ferramentas*: aí encontramos os instrumentos e equipamentos necessários para resolver os problemas que nos são colocados pela realidade que vivemos. O autor afasta-se de uma visão de Filosofia transcendente, que lida com universais e não “suja as mãos” com as mazelas e peculiaridades da vida cotidiana. Foucault está mais alinhado com a noção de Filosofia que Deleuze – seu amigo e parceiro em muitos momentos – chamou de imanente: aquele pensamento conceitual que se constrói profundamente enraizado na realidade cotidianamente vivida (Deleuze e Guattari,

1992). O próprio filósofo afirmou: “o que faço é diagnosticar o presente e, nesse sentido, meu trabalho pode ser considerado filosófico, pois filosofia é, desde Nietzsche, exercício diagnóstico do presente” (apud Giacóia, 1995).

A filosofia nesta perspectiva é meio e não tem um fim em si mesma. Pensando segundo a LDB de 20 de dezembro de 1996, somos incumbidos da responsabilidade de formar cidadãos críticos para o exercício da cidadania e não mini-professores de Filosofia.

Sei também que este conceito “cidadãos” se torna caro para nós quando pensamos quem eram considerados os cidadãos na Grécia Antiga. Penso que o que se entende por cidadãos aqui é muito mais em uma perspectiva de emancipação política do que a compreensão existente na Grécia. Contudo, entendo que ao trazer a discussão para o campo prático das vivências, não como uma fórmula, mas como mais um instrumento, ou uma ilustração daquilo que experimento, podemos visualizar novas alternativas.

VIVÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS

Algumas realidades da Escola realmente nos desconcertam. Certa vez ao chegar em uma turma do segundo ano do Ensino Médio no Colégio Estadual Professor Edgard Santos – Governador Mangabeira, Bahia, a fim de avaliar a apresentação de alguns seminários que havia solicitado sobre o conteúdo trabalhado em filosofia, recebi a “ingrata” notícia de que eles não haviam preparado o seminário e que também não iriam apresentar.

Diante disto tinha algumas escolhas, a primeira e a mais óbvia para mim naquele momento era atribuir nota 0 a todos e sair da sala, uma vez que não tinha preparado uma outra aula. Outra opção seria imprimir um discurso moralista com perguntas do tipo: como podem não fazerem nada? Mas tive a intuição de propor uma reflexão. Apaguei o que estava escrito na lousa, dividi com o piloto

a lousa em três partes iguais e entreguei um piloto a três alunos diferentes, solicitando aos mesmos que escrevessem ali qual a escola que eles gostariam de ter.

Acolheram a proposta e trouxeram, ao meu ver, algo muito mais produtivo que o conteudístico seminário. O primeiro, aluno, do sexo masculino de 16 anos, pintou uma escola no mínimo fantasiosa: queria uma escola que não tivesse uniformes, que tivesse só professoras bonitas de 18 a 22 anos, que as alunas fossem 80% meninas, que a merenda fosse servida por eles mesmos, que houvesse um baile de 15 em 15 dias, que pudessem entrar e sair na hora que quisessem e que o diretor fosse um aluno.

Uma aluna colocou uma escola com características das escolas que ela privadas, com uma quadra para praticar esportes, salas confortáveis com ar condicionado, auditório, cantina de qualidade e outras coisas mais às que eles teriam direito e que são negados ou até mesmo negligenciadas.

A terceira, também aluna, pintou uma escola que nas entrelinhas também denunciava o modelo vigente, queria papel higiênico e espelhos nos banheiros das meninas, mais banheiros e informática e internet para todos.

Tive que reconhecer que todos aqueles modelos de escolas era muito mais interessante do que a escola que existia. A primeira, de forma fantasiosa nos mostrava que por trás da frieza da lousa, das grades e dos muros, há vida, desejo e sentimento. A segunda e a terceira questionavam a escola que tinham e a escola que todos deveriam ter por direito. Poderia afirmar que neste discurso não há filosofia? Poderia eu dizer que tratar a filosofia desta forma seria uma vulgarização da mesma? É possível fazer Filosofia diante desta realidade? Penso que sim.

Gallo, mais uma vez, nos auxilia neste processo pensando conosco como se dá o professor nesta perspectiva:

[...] se o professor é modelo e quer

contribuir para a formação de mentes livres, autônomas, deve ele também exercitar sua autonomia e liberdade de pensamento. As duas coisas estão vinculadas de forma inseparável: não há como desejar e planejar uma ação pedagógica que leve à autonomia se quem planeja não for ele mesmo autônomo (GALLO 2004, p. 80).

Outro evento que nos desinstalou foi o Baile de Máscaras que também aconteceu no Colégio Estadual Professor Edgard Santos. Este baile foi realizado para finalizar a semana do estudante no colégio. Naquela tarde nada foi igual, tudo foi diferente. Penso que as máscaras que cada um usava mostravam a realidade deles mesmos. Vivemos uma escola do barulho, nada estava organizado de forma linear ou seriada e o melhor, ninguém perguntava quanto tempo faltava para acabar o evento.

Esta escola musical era a antítese de uma escola fria e alienada. A questão aqui não é questionar uma escola em si, mas todo um sistema que aprendeu a fazer de um jeito e acomodou-se. Segundo Menezes (2003), uma forma de caminharmos para superar este modelo arcaico, mas vigente, era a formação continuada dos professores,

Ao contrário da educação permanente, essa concepção de formação continuada prevê a separação entre tempo escolar, preparação para a vida e tempo de exercício profissional da vida, direcionada para a mudança [...] a educação continuada não se restringe ao sistema formal ou profissional, mas, antes, engloba todas as atividades da vida social que são ou podem ser portadoras de educação (MENEZES 2003, p. 318).

O risco aqui seria o de entender que tudo é filosofia e de que qualquer coisa fosse o exercício de filosofar. Não se trata disto. No entanto, também não dá para defender um modelo de Filosofia que só contemple a tradição filosófica. Neste sentido, a formação deve ser contínua e permanente. Reinventada. Não dá só para reutilizar ou

continuar reutilizando remendos velhos para roupas novas. A realidade, com toda sua complexidade, precisa nos levar a pensar novas filosofias.

CAMINHOS E DESCAMINHOS

Tenho a clara certeza que este debate ainda é muito introdutório, mas já se insere em um contexto de mudança de postura. Vasconcellos (2006), coincidentemente, no mesmo ano do retorno da Filosofia ao Ensino Médio, traz uma mensagem para nós professores: “[...] se não reflete sobre si e sobre sua prática, o professor corre o risco, por exemplo, de ensinar ao aluno o que mais sabe, gosta ou está acostumado a dar, e não o que o aluno precisa”... (VASCONCELLOS 2006, p. 106). Nesta perspectiva, a máxima socrática que nos convida a conhecer a nós mesmos é muito atual.

Outro ponto que também defende Vasconcellos (2006) agora se acentua sobre os alunos, ou melhor, como é que nós observamos este aluno:

Devemos ter em conta o aluno real, de carne e osso que efetivamente está na sala de aula, que é um ser que tem suas necessidades, interesses, nível de desenvolvimento (psicomotor, sócio-afetivo e cognitivo), quadro de significações, experiências anteriores (história pessoal), sendo bem distante daquele aluno ideal, dos manuais pedagógicos (marcados pelos valores de classes) ou dos sonhos de alguns professores. Temos que trabalhar em função daquilo que realmente o aluno é, e não o que gostaríamos que fosse (VASCONCELLOS, 2006, p. 107).

Há duas formas de se ensinar Filosofia. Uma é a de arrancar o aluno de dentro da caverna. A princípio não há problemas neste exercício, desde que o mundo novo não seja já formulado pelo professor detentor do saber. Outra, é sentir o outro e também sentir com o outro, percebendo as suas singularidades e

problematizando-as.

A pergunta motora talvez seja: é este mundo que você quer? Está satisfeito com a forma que vive ou tem vivido? Aqui não está a valoração de que meu mundo enquanto professor seja mais colorido e mais bonito. É preciso descer dos tablados e pedestais. É preciso sair da segurança que o pseudo poder nos colocou. Mergulhemos outra vez e sempre nas angústias.

Aqui mais uma vez vamos dialogar com Vasconcellos (2006),

Para conhecer o outro, é necessário colocar o olhar sobre ele, mas um olhar atento, curioso, e acima de tudo amigo, despido de preconceitos. Buscar a empatia: ter a capacidade de perceber o ponto de vista do outro, se descentrar, abrir mão do narcisismo de ser simplesmente admirado ou respeitado pelo grupo (VASCONCELLOS, 2006, p. 107).

Penso que só mudando de lugar, de postura e até de princípios podemos realmente permitir que o outro seja. Criar discípulos pode não ser o melhor caminho. Entender e valorizar a alteridade do outro pode ser uma forma mais autêntica de lidar com o que ainda é, e nem deve deixar de ser, problemático, “É preferível 'perder' um pouco de tempo para pensar sobre o conjunto da realidade, do que perder todo o tempo em sala de aula, já que o trabalho, por não abarcar a concretude dos determinantes, acaba se revelando ineficaz (VASCONCELLOS, 2006, p. 108).

REFERÊNCIAS

ASPIS, Renata Pereira Lima. **O professor de Filosofia: o ensino de Filosofia no Ensino Médio como experiência filosófica.** Cad. Cedes, Campinas, vol. 24, n. 64, p. 305-320, set./dez. 2004.

FERREIRA, Márcia Ondina Vieira. BIASOLI, Carmen Lúcia Abadie. Reconstruindo Trajetórias docentes: percursos pessoais e profissionais refletidos na

maneira de ser professor. IN FERREIRA, Márcia Ondina Vieira; FISCHER, Beatriz T. Dault; PERES, Lúcia Maria Vaz (org). **Memórias Docentes: abordagens teórico-metodológicas e experiências de investigação**. São Leopoldo: Oikos; Brasília: Liber Livro, 2009

GALLO, Silvio. **Repensar a Educação: Foucault**. Educação e Realidade: Porto Alegre/RS, v. 29, n.1, p. 79–97, 2004.

MENEZES, Cecília Maria de Alencar. Educação Continuada de Educadores: Superando ambiguidades conceituais. Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, vol. 12. n° 20, p. 311 – 320, jul./dez., 2003.

MURCHO, Desidério. **A natureza da Filosofia e o seu ensino**. Educação e Filosofia, Uberlândia, v. 22, n. 44, p. 79-99, jul./dez. 2008.

SANTOS, Ana Kátia Alves. (Re)significando a produção construtiva do conhecimento: da epistemologia genética à epistemologia da complexidade. Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, Salvador, vol. 12. n° 20, p. 299–310, jul./dez., 2003.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Planejamento, Projeto de Ensino Aprendizagem e Projeto Político Pedagógico**. São Paulo: Libertad, 2006.

**O PARADIGMA COOPERATIVISTA E SUA INTERCONEXÃO COM AS ESTRUTURAS
SOLIDÁRIAS: UMA NOVA PERSPECTIVA NA FORMAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**
***THE COOPERATIVE PARADIGM AND ITS CONNECTION WITH SOLIDARY
STRUCTURES: A NEW PERSPECTIVE FOR PUBLIC POLICIES***

Leandro Teixeira e Silva¹

À medida que os agentes transformadores da sociedade passam por dificuldades na obtenção de renda, emerge um paradigma social capaz de se interconectar com outras estruturas e promover o surgimento de uma perspectiva de transformação social por meio das políticas públicas. O presente artigo pretende, além de conceituar e discutir sobre o modelo cooperativista e sua interconexão com as estruturas solidárias, apresentar um novo viés para a formação das políticas públicas, a partir de uma nova perspectiva do paradigma compreendido como cooperativista.

Palavras-Chave: Cooperativismo. Economia Solidária. Políticas Públicas.

As agents of change in society face difficulties in obtaining income, a social paradigm emerges capable of connecting to other structures and of fostering social change through public policies. This article aims to conceptualize and discuss the cooperative model and its interconnection with supportive structures, as well as to introduce a new approach for public policies through a new perspective of the cooperative paradigm.

Keywords: Cooperatives. Economic Development. Public Policy.

¹Faculdade Maria Milza – FAMAM. Mestre em Políticas Públicas – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. E-mail: lteixeiras@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/3061342387515053>

INTRODUÇÃO

A administração pública é marcada por uma diversidade de correntes, ideologias e modelos. Em uma perspectiva atual, considera-se a gestão desempenhada pelo setor privado como a responsável por catalisar todo o processo econômico, social e político de uma sociedade. Na contemporaneidade, a globalização, a inovação e volatilidade das transformações disseminam uma nova corrente mercadológica, onde apenas os mais adaptados conseguem sobreviver.

Considerando a perspectiva da escassez econômica e distribuição desigual de renda, emerge a necessidade dos organismos públicos criarem alternativas capazes de minimizar esses impactos. A alternativa para a diminuição dessa discrepância social perpassa pela formação de novas políticas.

A estruturação das políticas públicas implantadas pelos diversos agentes públicos tem, em sua maioria, atingido parte da sociedade. A mudança desse cenário advém com a utilização de mecanismos de gestão, sobre a percepção da ideologia cooperativista. Pensar em transformação social na atualidade requer conhecer o panorama vigente e a partir daí introduzir a concepção do solidarismo por meio da interconexão com a acepção cooperativista. Desse modo, a adoção de novas políticas públicas tenderá a atingir uma gama maior de segmentos da sociedade. Corroborando essa analogia, Pinho (2001) apresenta como proposta de mudança do meio econômico-social da sociedade a utilização gradativa das cooperativas.

REVISÃO DE LITERATURA

O Modelo Cooperativista

Para que haja uma definição concisa sobre o paradigma cooperativista é necessário compreender a sociedade como

uma unidade composta por inúmeros indivíduos que são capazes de se relacionarem em prol de determinado objetivo. A partir dessa perspectiva, emerge uma polaridade de conceitos, atribuídos por diversos autores, que em sua maioria apontam o cooperativismo como uma ferramenta fundamental para a saída das crises advindas da concorrência capitalista.

As cooperativas são uma resposta para os problemas impostos pela globalização. Por um lado, geram empregos, por outro, elas são um contrapeso à concentração de riquezas. E se as cooperativas, em nome do princípio da integração buscam a concentração, no cooperativismo, tal concentração não representa a exclusão, como no modelo capitalista. É uma concentração de centenas ou milhares de associados produtores rurais, artesanais, poupadores, consumidores, prestadores de serviços. A integração/concentração de empresas que representam milhões de co-proprietários cooperativados é um processo que reforça as condições para uma melhor redistribuição da renda e das oportunidades. (SCHNEIDER, 2004, p.2).

Em uma analogia semelhante à contemporizada por Schneider (2004), Neto (2003) vislumbra o segmento cooperativista como uma nova maneira de privilegiar o social. Para o autor, a cooperativa não configura a extinção da propriedade privada, sendo, portanto, a lógica econômica do ambiente cooperativista diretamente ligada à valorização do indivíduo e não somente ao capital. Para Ricciardi e Jenkins (2000, p. 18) “quando o ser humano descobriu que unindo os seus esforços aos de outros, ficava em melhores condições para resolver os problemas que interessavam a todos, nascia a cooperação”.

A instituição financeira cooperada UNICRED OESTE PAULISTA (2009), em documento produzido sobre o Cooperativismo no Brasil, apresenta uma relação do que se entende como princípios que norteiam esse paradigma. Segundo a referida instituição, a

adoção voluntária e livre, a gestão democrática, a participação econômica dos membros, a autonomia e independência, a educação, formação e informação, além da intercooperação representam os pilares que sustentam a concepção cooperativista.

De acordo com uma publicação recente da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), considerando o ano de 2011, ocorreu um aumento significativo de pessoas ligadas às cooperativas. Esse modelo tem se expandido, possibilitando além do processo de interação social, a alavancagem econômica dos agentes envolvidos na cooperativa. Destaca-se do periódico a afirmação quanto ao número de associados ligados a OCB que ultrapassou 10 milhões, considerando o ano de 2011, obtendo um crescimento de 11% comparado a 2010.

Para Neto (2003), a metodologia cooperativista é facilmente compreendida quando sua subdivisão é considerada levando-se em conta a perspectiva da sociedade. Segundo o autor, as cooperativas podem ser de três tipos:

- a) Sociedades em que as sobras são repartidas entre os associados, na proporção das compras por eles efetuadas na cooperativa (ou seja, retorno pro rata das compras);
- b) Sociedades em que as sobras são repartidas entre os operários acionistas na produção dos dias de trabalho de cada um;
- c) Sociedades em que as sobras são repartidas com base no capital, matérias-primas ou produtos que cada associado levou para a sociedade.

No entendimento de Pinho (2004), as cooperativas possuem inúmeros campos de atuação, podendo ser segmentados para sua melhor compreensão. Para o autor, os doze segmentos são:

- a) Agropecuário: Compreende

cooperativas de produtores rurais ou agropastoris e de pesca;

- b) Crédito: Cooperativas destinadas a promover a poupança e financiar necessidades ou empreendimentos dos seus associados;
- c) Saúde: Cooperativas dedicadas à preservação e à recuperação da saúde humana;
- d) Consumo: Criada em 1889, em Minas Gerais, com a finalidade de fornecer artigos de consumo para seus associados, a Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto. Hoje esses modelos de cooperativas operam abertos a qualquer consumidor.
- e) Trabalho: Abrange todas as categorias profissionais, que prestam serviços como autônomos em empreendimentos próprios.
- f) Produção: É formado por cooperativas dedicadas à produção de um ou mais tipos de bens e mercadorias, sendo os meios de produção propriedade coletiva.
- g) Educacional: Cooperativas de professores, de alunos e escolas agrícolas, cooperativas de pais de alunos e de atividades afins.
- h) Habitacional: Reúne cooperativas destinadas à construção, manutenção e administração de conjuntos habitacionais para seu quadro social.
- i) Mineral: Cooperativas destinadas a pesquisar, a extrair, a lavrar, a industrializar, a comercializar, a importar e exportar produtos minerais.
- j) Infra-estrutura: Cooperativas de eletrificação rural, cooperativas de limpeza pública, de segurança, dentre outras.
- k) Turismo e lazer: Cooperativas criadas para exploração do potencial turístico do Brasil. Têm papel de geração de trabalho e renda, preservação do meio ambiente, dentre outros.

I) Outros: Reúne as cooperativas que não se enquadram nos segmentos anteriores

Considerando os cenários apresentados por Neto (2003) e Pinho (2004), observa-se a variedade de ramificações que o paradigma cooperativista adquire. Esse contingente polarizado de alcance deve-se a capacidade desse modelo atuar como facilitador do processo de inserção social, na medida em que além de concatenar diversos setores, possibilita aos agentes envolvidos aumento da sua renda econômica.

As Estruturas Solidárias

As estruturas solidárias são uma metodologia diferenciada de organização, dentre outras perspectivas, nas atividades econômicas. Considera-se como especificidades desse tipo de estrutura, a autogestão, a autonomia de cada grupo de produção, de unidade ou empreendimento e igualdade entre os seus membros. Segundo Singer (2002), a formação dessas estruturas advém do entendimento que a organização possui sobre suas ferramentas de produção e a concepção de que o importante é a qualidade do produto/trabalho em detrimento da acepção capitalista sobre lucratividade.

A empresa solidária nega a separação entre trabalho e posse dos meios de produção, que é reconhecidamente a base do capitalismo. [...] A empresa solidária é basicamente de trabalhadores, que apenas secundariamente são seus proprietários. Por isso, sua finalidade básica não é maximizar lucro, mas a quantidade e a qualidade do trabalho (SINGER, 2002, p.4).

Considerando que as estruturas solidárias estão diretamente ligadas ao conceito de Economia Solidária, Singer (2004) a considera como ferramenta essencial para uma organização, sendo portanto um técnica essencial no processo de gestão. O autor

propõe ainda que a economia solidária seja uma estratégia possível de luta contra as desigualdades sociais e o desemprego:

A construção da economia solidária é uma destas outras estratégias. Ela aproveita a mudança nas relações de produção provocada pelo grande capital para lançar os alicerces de novas formas de organização da produção, à base de uma lógica oposta àquela que rege o mercado capitalista. Tudo leva a acreditar que a economia solidária permitirá, ao cabo de alguns anos, dar a muitos, que esperam em vão um novo emprego, a oportunidade de se reintegrar à produção por conta própria individual ou coletivamente...” (SINGER, 2002 p.138).

Nessa perspectiva, a economia solidária, apresenta-se como uma reconciliação do trabalhador com seus meios de produção e fornece, de acordo com Gaiger (2003), uma experiência profissional fundamentada na equidade e na dignidade, na qual ocorre um enriquecimento do ponto de vista cognitivo e humano. Com as pessoas mais motivadas, a divisão dos benefícios definida por todos os associados e a solidariedade, “o interesse dos trabalhadores em garantir o sucesso do empreendimento estimula maior empenho com o aprimoramento do processo produtivo, a eliminação de desperdícios e de tempos ociosos, a qualidade do produto ou dos serviços, além de inibir o absenteísmo e a negligência” (GAIGER, 2003, p.34).

Economia Solidária: da (re)utilização dos princípios do cooperativismo como Estratégia de Interconexão para fortalecimento de políticas públicas.

A Economia Solidária vem sendo amplamente apresentada e discutida, tanto no meio acadêmico como no ambiente institucional, como uma possível alternativa ao desemprego e a precariedade do trabalho, dado o contexto de “crise estrutural do sistema capitalista” e seu “estado monopolístico”. Sem

embargo, é vista como um modo de produção alternativo que busca a emancipação plena da classe dos trabalhadores. (SINGER, 2002).

No que concerne à principal força motriz, o cooperativismo é analisado na sua organização e distribuição do trabalho, qual seja, de forma “autogestionária” e como se dá a relação de propriedade dos meios de produção. Dessa forma, coloca-se a seguinte citação de Singer (apud SATO E ESTEVES, 2002:6) para elucidar a questão:

“Diz-se autogestionária a empresa cujos sócios são os trabalhadores e cujos trabalhadores são os sócios, sem presença de outros vínculos de trabalho ou de investimento, logo, a autogestão é uma forma específica de democracia industrial, distinta de sistemas de participação, seja acionária, seja nos lucros da empresa”.

Desta forma, fica evidente que o principal eixo do presente discurso é a conjugação e a combinação dos aspectos políticos – construídos por meio de decisões democráticas, dos aspectos econômicos – viabilidade caracterizada em certa medida por não objetivar estritamente o lucro e, não menos importante, dos aspectos sociais – onde a interconexão de solidariedade, mutualismo e cooperação (re) suscitam como valores balizadores no fortalecimento de políticas públicas.

Dessa forma, a Economia Solidária pode ver vista como uma articulação da própria sociedade civil reagindo e se organizando contra a atual situação de precariedade de trabalho, buscando assim alguma forma de inclusão social.

Não obstante, encontra-se no âmbito Federal uma Secretaria (SENAES – Secretária Nacional de Economia Solidária), pertencente ao Ministério do Trabalho e Emprego, que vem impulsionando e fomentando a economia solidária, bem como o cooperativismo. Encontramos a seguinte citação em um de seus textos para discussão:

A alternativa socialista que tem por base a economia solidária e a autogestão apresenta três instâncias fundamentais:

1. A socialização dos meios de produção, implicando a abolição da propriedade privada dos recursos produtivos e sua substituição pela propriedade social, ou seja, a AUTOGESTÃO SOCIAL;

2. A socialização do poder político, a participação dos cidadãos livres e iguais na formação coletiva de uma vontade política e no exercício direto da autoridade, ou seja, a DEMOCRACIA DIRETA;

3. Enfim, a transformação do mundo das relações intersubjetivas, no sentido da afirmação da solidariedade, ou seja, a REVOLUÇÃO CULTURAL do COTIDIANO. (Nascimento, 2004, acessado em 05/03/2005)

Com isso, percebemos que esse tema começa a entrar na agenda de discussão do próprio governo, embora seja um órgão muito incipiente.

Entretanto, alguns pontos apontados na literatura e encontrados em pesquisas realizadas por Benini et al. (2005) em outros momentos levam a uma reflexão sobre o projeto de Economia Solidária. Rosa Luxemburgo (2005) argumenta:

“Quanto às cooperativas, e antes de tudo, às cooperativas de produção, são elas pela sua essência um ser híbrido dentro da economia capitalista: a pequena produção socializada dentro de uma troca capitalista. Mas, na economia capitalista, a troca domina a produção, fazendo da exploração impiedosa, isto é, a completa dominação do processo de produção pelos interesses do Capital, em face da concorrência, uma condição de existência da empresa. Praticamente, exprime-se isso pela necessidade de intensificar o trabalho o mais possível, de reduzir ou prolongar as horas de trabalho conforme a situação do mercado, de empregar a força de trabalho segundo as necessidades do mercado ou atirá-la na rua, em suma, de praticar todos os métodos muito conhecidos que permitem a uma empresa capitalista enfrentar a

concorrência das outras. Resulta daí, por conseguinte, para a cooperativa de produção, verem-se os operários na necessidade contraditória de governar-se a si mesmos com todo absolutismo necessário e desempenhar entre eles mesmos o papel de patrão capitalista, que, no caso de serem mais fortes os interesses dos operários, pela dissolução. São esses fatos que o próprio Bernstein constata, mas que evidentemente não compreende quando, com a Sra. Potter Webb, vê na falta de “disciplina” a causa do fracasso (como se o problema fosse cultural, educacional, falta de consciência solidária etc.) das cooperativas de produção na Inglaterra. O que aqui se qualifica vulgar e superficialmente de “disciplina” outra coisa não é senão o regime absoluto natural ao Capital, e que evidentemente os operários não podem empregar contra si próprios” (2005:80).

Dessa forma, conforme colocado por Luxemburgo, existe uma heterogestão do mercado, sendo que somente a cooperativa, por mais autêntica que seja, dado o contexto de monopólio do capital, dificilmente pode concorrer com o progresso técnico.

Nesse sentido, muitas das políticas públicas também acabam se fortalecendo, a medida que instigam, não compensando as consequências inevitáveis do modo de produção capitalista, como níveis extremos de miséria.

Outro aspecto relevante é a amplitude do movimento de Economia Solidária em relação à sua constituição. Por um lado, tem-se uma série de cooperativas que suscitaram por iniciativa dos próprios trabalhadores – com característica endógena – processos de lutas e de consciência de classe e, do outro lado, cooperativas sendo fomentadas e incubadas por incubadoras universitárias e prefeituras – com característica exógena.

Contudo, Singer (2003) argumenta ainda sobre as colocações de Luxemburgo (2005), apontando algumas condições proporcionadas nessas cooperativas que já apresentariam grande significância:

“Se as condições de trabalho na fábrica capitalista eram duras, elas sempre seriam menos duras na cooperativa por duas razões fundamentais: na fábrica capitalista os empregados têm de produzir lucros proporcionais ao capital investido, obrigação que os cooperados não têm, o que lhes permite se auto-explorar menos; além disso, os cooperados têm a liberdade de escolher quando e como trabalhar para tornar sua empresa competitiva, ao passo que os trabalhadores assalariados têm de obedecer a determinações da direção.” (Singer, 2003:17)

Segundo Singer (2002), as cooperativas são importantes primeiro, porque permitem uma pedagogia, ainda dentro do capitalismo, da prática da “autogestão”, aprendizagem que é, segundo ele, condição para se ter a possibilidade histórica de superação do capital. Segundo, porque na cooperativa há uma melhora das condições de trabalho e, em terceiro lugar, elas diminuem o exército industrial de reserva, na medida em que geram trabalho e renda para os desempregados, contribuindo para o surgimento e fortalecimento de políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão a que se chega aqui é que existe um antagonismo de interesses nas correntes de cooperativas. Pode-se justificar que esse antagonismo surge da forma e pelo modo de (re)produção que praticam/teorizam.

Desta forma, a “cooperativa empresarial” busca uma estrutura organizacional racional e burocrática que utiliza a mão-de-obra assalariada – força de trabalho – como fonte de valor para o capital e sua reprodução, sendo que o trabalho continua alienado e organizado nos moldes da produção taylorista-fordista. A cooperativa é então usada como uma forma de integração horizontal de pequenos-burgueses e/ou capitalistas que, em grande parte, não

participam do processo produtivo da cooperativa (com o trabalhadores/operários/trabalhadores rurais da cooperativa), esta sendo apenas uma alternativa para se obter vantagens na comercialização e na agregação de valor (agregação essa ocorrida por uma lógica de geração de mais valia).

Do outro lado, é advogado um cooperativismo que produz não em razão da reprodução do capital – que se dá por meio da exploração de uma classe pela outra, do lucro, e sim com uma finalidade socioeconômica. Está corrente busca praticar então uma forma de produção não capitalista, sem antagonismo de classes, que busca uma emancipação do trabalho.

Desta forma, as cooperativas de Economia Solidária, por se tratarem de outra forma de organização e produção, devem buscar um novo marco jurídico que as diferencie das outras cooperativas “empresariais”, permitindo assim que políticas públicas sejam direcionadas de forma mais apropriada e precisa e que movimentos que buscam uma outra forma de cooperação, tenham uma alternativa mais coerente com seus objetivos.

Tem-se ainda, que a Economia Solidária, colocada apenas como uma ação do chamado terceiro setor, não ampliando seu espaço de luta para a direção do estado, pode correr o risco de ser apenas funcional para os interesses do capital.

REFERÊNCIAS

BENINI, Elcio Gustavo; BENINI, Edi Augusto e ZERBETTO, Flávio. **Texto e Contexto**: precarização do trabalho e economia solidária. In: II SEMINÁRIO “MUNDOS DO TRABALHO”: ADEUS AO PROLETARIADO? Londrina: Universidade Estadual de Londrina. 2005.

GAIGER, L. I.. **Empreendimentos Econômicos Solidários**. In: CATTANI, Antônio David (Org.). *A Outra Economia*. Porto Alegre, Veraz, p. 135-143.

LUXEMBURG, Rosa. *Reforma ou revolução*. 4 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

MANCIE, E. A. **A revolução das redes: a colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual**. Petrópolis: Vozes, 1999

MAUAD, Marcelo José Ladeira. **Cooperativas de trabalho**: sua relação com o direito do trabalho. 2. ed., São Paulo: LTr, 2001.

NASCIMENTO, C. *Autogestão e o “Novo Cooperativismo”*. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/Empregador/EconomiaSolidaria/TextosDiscussao/Conteudo/autogestaoocooperativismo.pdf>> Acesso em: 05 out, 2012.

NETO, A. L. **Cooperativas de trabalho**: intermediação de mão-de-obra e subtração de direitos dos trabalhadores. Curitiba: Juruá, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS. Cresce o número de pessoas ligadas ao Cooperativismo. Disponível em: <http://www.ocb.org.br/site/ramos/estatisticas.asp>. Acesso em: 17/10/2012.

PINHO, D. **O Cooperativismo no Brasil**: da vertente pioneira à vertente solidária. São Paulo: Saraiva, 2004.

PINHO, J. B. **Comunicação em Marketing**: princípios da comunicação mercadológica. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2001.

RICCIARDI, L.; LEMOS, R. J. **Cooperativa, a empresa do século XXI**: como os países em desenvolvimento podem chegar a desenvolvidos. São Paulo: LTr, 2000.

SCHNEIDER, J.O. **Globalização, desenvolvimento local sustentável e cooperativismo**. In: Encontro de Investigadores Latinoamericanos de Cooperativismo, 3. 2004, São Leopoldo. **Anais**. São Leopoldo: UNISINOS, 2004.

SINGER, Paul. **Introdução à economia solidária**. São Paulo: Perseu Abramo, 2002.

UNICRED OESTE PAULISTA. **Cooperativismo**: Princípios do cooperativismo. Disponível em: <http://www.unicred-oestepaulista.com.br/>. Acesso em: 17/10/2012.

A IMPORTÂNCIA DO CUSTEIO BASEADO EM ATIVIDADE (*Activity Based Costing - ABC*) E SUAS DISPARIDADES COM OS MÉTODOS TRADICIONAIS

THE IMPORTANCE OF ACTIVITY BASED COSTING (ABC) AND ITS DISPARITIES WITH TRADITIONAL METHODS

Rosinaldo da Silva Passos¹

Marineusa Araújo Silva²

Devido à globalização da economia e suas vertentes, as empresas estão passando por um processo de transição de poucas variedades para enormes variedades de produtos personalizados, com a perspectiva de atender não só as exigências dos clientes como também em diversificar sua produção para uma maior maximização dos lucros esperados. Como consequência, tanto os custos indiretos de fabricação quanto a mão de obra dos serviços prestados passaram a ser mais significativo, o que implicou na busca de um novo método de distribuição desses custos, capaz de distribuir melhor os custos indiretos de cada item nos produtos e serviços. A esse método foi dado o nome de custeio baseado em atividade (*Activity Based Costing-ABC*). O objetivo deste trabalho é analisar, a partir de uma revisão da bibliografia sobre o tema, os aportes da contabilidade de custos para o processo das informações como também as vantagens e desvantagens da utilização dos direcionadores de custos.

Palavras-chave: Custeio baseado em atividade; Atividades; Maximização.

Due to the globalization of the economy and its variations, companies are going through a transition process from a few varieties to a huge variety of personalized products, with the expectation of not only meeting customer requirements, but also diversifying their production in order to maximize the expected profits. Thus, not only overhead costs but also the service provision workforce became more significant, resulting in the search for new cost distribution methods capable of distributing the overhead costs of each item to products and services. One of these methods is the Activity Based Costing (ABC). The objective of this study is to analyze the literature on the subject, the contributions of cost accounting to the information process and the advantages and disadvantages of applying cost driver tools.

Keywords: activity-based costing, activity, maximization

¹Mestrando em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional (FAMAM), Cruz das Almas- Bahia <http://lattes.cnpq.br/4499750862524487>; nadson13.silva@hotmail.com

²Pós-Graduação: Gestão Estratégica de Negócios, Gestão pública e Didática do Ensino Superior; Cruz das Almas- Bahia; <http://lattes.cnpq.br/4551537664999847>; marineusa.silva@embrapa.br

INTRODUÇÃO

A contabilidade dispõe de informações imprescindíveis de custos dos bens imobilizados, investimento e principalmente dos estoques e dos serviços prestados que são primordiais para a manutenção e a continuidade de uma empresa tanto industrial, quanto comercial ou de prestação de serviços.

Contudo, a Contabilidade de Custos é o ramo da contabilidade que tem como essência suprir a empresa de informações para os diversos níveis gerenciais na cadeia hierárquica, como auxílio às funções de determinação de desempenho, de planejamento e controle das operações para a tomada de decisões (Leone, 1997).

Com o advento da Revolução Industrial, no decorrer do século XVIII, o processo de gestão empresarial passou a exigir da área contábil a implementação de novas técnicas para a apuração dos resultados. A contabilidade geral, que até então, atendia as necessidades empresariais (basicamente comerciais), não estava preparada para adaptar-se a esta nova realidade, onde os estoques não eram mais registrados e avaliados, tendo como base, apenas, o valor de aquisição das mercadorias.

A partir deste momento, a tarefa de mensurar estoques revestiu-se de uma complexidade jamais vista, afinal, sua composição passou a ser o resultado da soma dos denominados fatores de produção (matéria-prima, mão de obra, desgaste das máquinas e etc.), provenientes do processo produtivo.

Nesta perspectiva, surgiu a contabilidade de custos, com a finalidade de mensurar estoques e de ser um instrumento administrativo capaz de gerar informações visando à tomada de decisão. De acordo com Crepaldi (2004, p.13) “a contabilidade de custos é uma técnica utilizada para identificar, mensurar e informar os custos dos produtos e/ou serviços. Ela tem a função de gerar informações precisas e rápidas para a

administração, na tomada de decisões”.

Chalos (1992) vislumbrou a premissa básica do *ABC*, de que a atividade consome recursos e os produtos consomem atividade. Dessa forma, os custos das atividades devem ser, primeiramente, direcionados pelas atividades e posteriormente para um determinado produto ou serviço. Contudo, os mesmos são acumulados sob uma atividade e direcionados aos produtos.

Fica ainda mais evidente a importância do custeio *ABC* com o avanço tecnológico e informacional e a crescente complexidade dos sistemas de industrialização, cujos custos indiretos vêm aumentando continuamente, tanto em valores absolutos quanto em termos relativos, comparativamente aos custos diretos que vem decrescendo, principalmente no que se refere à mão de obra direta (MARTINS, 2009).

O objetivo deste trabalho é analisar os métodos de custeio por absorção, entrelaçando com a evolução dos métodos até o *Activity Based Costing-ABC*, que é o foco principal, avaliando as soluções oferecidas por eles, tanto como suas vantagens e desvantagens, permitindo assim uma visão gerencial dos empreendimentos.

A revisão bibliográfica que foi realizada nesse trabalho justifica-se pela importância do assunto abordado, sendo que essa temática tem relevância, pois há uma grande preocupação de gestores e estudiosos em revisar os direcionadores de custos nas atividades.

Além disso, o estudo da Contabilidade de Custos pode contribuir para a identificação e preenchimento de lacunas, visando melhorias nas diversas áreas do conhecimento contábil, e atendendo as necessidades do mercado. Diante do exposto, esse trabalho teve o intuito de elaborar uma revisão da literatura sobre o papel do custeio *ABC*, enfocando a sua importância no contexto atual e nos desafios da gestão e seus direcionadores.

Na sequência, o artigo explica o

delineamento e procedimento de pesquisa seguidos na revisão bibliográfica sobre os conceitos e métodos de custeio, destacando-se os princípios do método *ABC* (*activity based costing*). Na segunda seção é feita uma análise do método de custeio por absorção, muito utilizado nos dias atuais. Na terceira seção apresentamos as vantagens e desvantagens do novo modelo de custeio *ABC* e, por último, nas considerações oferecemos recomendações e tecemos alguns comentários.

MÉTODO DE CUSTEIO POR ABSORÇÃO

O método de custeio por absorção é o sistema que apura o valor dos custos dos bens ou serviços, tomando como base todos os custos da produção, quer sejam fixos ou variáveis, diretos ou indiretos.

Desta forma, Megliorini (2001) ensina que custeio por absorção é o método de custeio que atribui aos produtos fabricados ou serviços prestados todos os custos, quer de forma direta ou indireta (rateios). Assim, todos os custos, sejam eles variáveis ou fixos, são absorvidos pelos produtos.

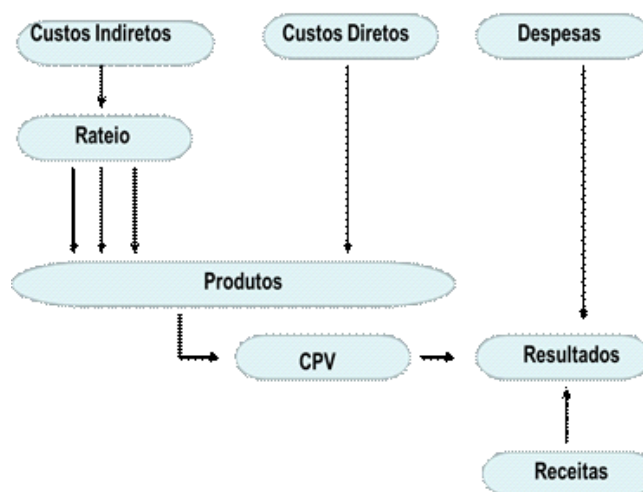
Uma das vantagens do custeio por absorção é que o mesmo atende ao Princípio da Competência, aos Princípios Fundamentais de Contabilidade, editados pela resolução 750/93 do Conselho Federal de Contabilidade, principalmente no que tange à legislação tributária. Portanto, é válido tanto para fins de balanço patrimonial bem como para demonstração de resultado.

Martins (2009) afirma que o custeio por absorção consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados, sendo que todos os gastos relativos ao esforço de produção são distribuídos para todos os produtos ou serviços elaborados conforme figura 1.

A recomendação acadêmica tradicional para o uso do custeio variável fazia sentido quando os custos variáveis (Matéria Prima, Mão de Obra Direta e parte do Custo Indireto

de Fabricação -CIF) eram a maior parte do custo total de produção e quando a diversidade de produtos era tão pequena que não havia variação significativa na demanda que os produtos impunham sobre os recursos de produção e marketing da empresa (MARTINS, 2003).

Figura 1. Custeio por absorção



Fonte: adaptado de Kaplan(1999).

Por outro lado, como afirma Cooper (1998), muitos custos variam com a diversidade e a complexidade dos produtos e não com o número de unidades produzidas. Há o desconforto com as apropriações dos sistemas de custeio por absorção ocasionado, principalmente, pela utilização das horas de Mão de Obra Direta (MOD) na apropriação dos centros de custos para os produtos, e pela suposição de que todos os custos têm o mesmo comportamento, ou seja, que eles aumentam na razão direta do volume de produção.

Com todas estas deficiências, Rafish (1999) considera não ser difícil imaginar que os sistemas tradicionais de contabilidade de custos atuais, provavelmente, não refletem os verdadeiros custos dos produtos e dos serviços prestados.

MÉTODO BASEADO NO CUSTEIO (Activity Based Costing) - ABC

No fim da década de 1980, organizações como o *Computer Aided Manufacturing-Internacional (CAM-I) Project* e *National Association of Accountants*, e indivíduos como Kaplan e Johnson introduziram o *Activity-Based Costing (ABC)*.

Foi um conceito que ficou esperando pelo computador e por algumas pessoas inovadoras e tem sido implementado com sucesso em organizações industriais e de serviços. Melhor controle de custos e melhor tomada de decisão estão entre os muitos benefícios experimentados por aqueles que adotaram o ABC.

No entendimento de Eyerkauffer, Costa e Faria (2007), a contabilidade de custo tem cada vez maior importância, à medida que há a necessidade de decisões mais acertadas, diante do mercado competitivo, mantendo coerência na definição dos lucros. Também as inovações tecnológicas provocaram mudanças significativas, desencadeadas tanto pela competição global, quanto pela utilização de informações mais relevantes, relacionadas aos custos e desempenhos de atividades, produtos, serviços, processos e clientes.

De acordo com Ostrenga (1997), o custeio baseado em atividades é uma técnica para o cálculo dos custos de “objetos”. Os objetos em questão podem ser linhas de produtos, clientes, produtos, canais de distribuição, serviços ou qualquer outra

situação de interesse dos gestores. Os custos no ABC são calculados de forma que os custos indiretos atribuídos a um objeto qualquer reflitam os serviços indiretos realmente executados para esse objeto ou por ele consumidos.

Para Khoury e Ancelevicz (2000), os objetivos principais do sistema de custeio ABC são o de obter informações mais acuradas dos custos dos produtos e/ou serviços prestados e o de identificar os custos relativos das atividades e as razões dessas atividades existirem.

No método, os recursos de uma empresa são consumidos por suas atividades utilizando os direcionadores de recursos e não pelos produtos que ela fabrica. Assim, conceitualmente, o ABC é uma metodologia que facilita a análise dos custos relacionados com as atividades que mais influenciam o consumo de recursos, com o objetivo de produzir informações úteis na tomada de decisões (NAKAGAWA 1994).

De fato, como apontado por Novaes (2001), o método ABC já tem duas gerações que possibilitam a tomada de decisões, conforme exposto na Tabela 2. Assim, nessa segundageração do método ABC, um ponto importante conceitual que chama a atenção é que esse método de custeio se propõe há não só alocar, como também rastrear a utilização de recursos nos produtos ou serviços, procurando estabelecer uma relação direta entre os recursos e produtos, o que consequentemente facilita uma identificação da relação de causa/efeito.

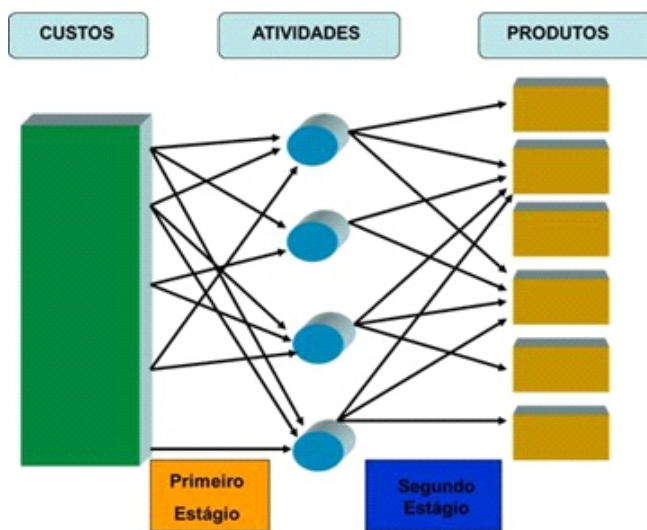
Tabela 1. Deficiências dos modelos de custeio tradicionais.

PRINCIPAIS FALHAS	CONSEQUÊNCIAS
Não permitem o controle de todos os recursos necessários às atividades.	Não permitem a identificação de atividades que não agregam valor.
Utilizam apenas valores de custos baseados em volumes.	Transmitem informações imprecisas de custos para os administradores.
Apropriação dos custos fixos/indiretos torna-se injusta (múltiplos produtos, diversidade de produtos e diversidade de volume).	Dificultam a apuração das margens de contribuição de cada produto ou de linhas de produtos.

Fonte: Vasconcelos et al.(2008).

Portanto, o método ABC (Figura 2) baseia-se na constatação das atividades que desencadeiam o consumo de recursos; os quais, por sua vez, estão identificados com custos (por exemplo, mão de obra, insumos, mercadorias).

Figura 2. Custeio Baseado em Atividades (ABC)



Fonte: adaptado de Martins (2003).

Assim, as atividades são as ações (por exemplo, confecção do produto Alfa, disponibilização do serviço Beta, comercialização e propaganda) que a empresa adota para fornecer os seus produtos ou serviços aos clientes. Sendo assim, para cada produto final, pode-se avaliar qual foi o seu custo real, nas várias fases da sua produção. Este método é útil para estabelecer preços no mercado e também

para identificar as distorções e oportunidades.

Dando sequência, Martins (2003) estabelece os critérios, do primeiro e do segundo estágio e explica suas especificidades (Figura 2).

No primeiro estágio a atribuição dos custos às atividades é feita através dos direcionadores de custos de primeiro estágio. Nessa etapa devem-se seguir os seguintes passos:

- a) Especificação das atividades
- b) Rastreamento dos custos
- c) Identificação e seleção dos direcionadores de recursos
- d) Atribuição dos custos às atividades

No segundo estágio, faz-se o custeio dos objetos de custos, de acordo com seu consumo das atividades, através dos direcionadores de atividades. Nessa etapa, alguns passos devem ser seguidos:

- a) Definir os objetos de custos
- b) Formar grupos de custos de atividades
- c) Selecionar os direcionadores de atividades
- d) Cálculo dos custos dos objetos de custos

Kaplan e Cooper (1998) destacam que o objetivo do ABC é ser aproximadamente correto, descartando as distorções observados nos sistemas de custeio tradicionais, que estão muito longe de alcançar o desempenho desejado, sendo que as tomadas de decisões equivocadas são devidas a informações imprecisas, fornecidas pelas discrepâncias acentuadas dos custeios tradicionais.

Tabela 2. Gerações do método ABC.

	1º GERAÇÃO DO MÉTODO ABC	2º GERAÇÃO DO MÉTODO ABC
Foco	Problema de apropriação de custos dentro dos departamentos em que a empresa tradicionalmente é dividida.	Denominada de ABM (<i>activity based management</i>) enfoca a íntegra do processo operacional.
Objetivo	Interligar os custos diversos de um departamento da empresa com os objetos de custeio, sem, contudo, quebrar os limites interdepartamentais clássicos.	Rastrear os desdobramentos de um serviço específico voltado a um cliente externo, desde a entrada do pedido, até a satisfação final do consumidor/ cliente.

Fonte: Novaes, (2001)

Pohlen e La Londe (1994) enfatizam que o sistema *ABC* apresenta alguns benefícios: um melhor gerenciamento das informações e controle sobre os custos; melhor mensuração da rentabilidade do produto, cliente e logística de distribuição; vários direcionadores de custos que, além de oferecer medidas de desempenho confiáveis, possibilitam o acompanhamento e providências na busca por melhorias contínuas.

O rastreamento de custos que está subjetivo no método de custeio *ABC* é um processo muito mais complexo e sofisticado do que o simples rateio dos CIF aos produtos. É necessário elencar ou numerar as atividades que a empresa efetua no processo de fabricação, verificar quais os recursos que estão sendo consumidos por elas, em seguida direcionamos custos para essas atividades e delas para os produtos (NEVES e VICECONTI, 2010). É importante salientar que uma das contribuições geradas pelo método de custeio *ABC* é o fato de não trabalhar com “rateio”, que é uma forma subjetiva e arbitrária de alocar os custos indiretos aos produtos. Ao contrário, o Sistema de Custeio *ABC* identifica por meio do “rastreamento” a relação entre os custos e as atividades, por meio de direcionadores de custos (*cost drivers*) conforme Tabela 3.

Kaplan e Cooper (1998) destacam que, dentro desta nova realidade de modelo, utilizando-se do *ABC*, novas perguntas acabam sendo levantadas, tais como:

- Quanto de cada atividade é necessário para o desenvolvimento de produtos e serviços ou para satisfazer as necessidades dos

clientes?

- Quais atividades estão sendo desenvolvidas com os recursos disponibilizados pela empresa?
- Quanto custa executar certas atividades e processos na empresa?
- Por que a empresa necessita executar certas atividades e processos?

Na verdade, quando a empresa consegue montar um modelo adequado ao *ABC* para suas atividades, as respostas para estas perguntas serão conhecidas (Kaplan e Cooper, 1998).

Vantagens e Desvantagens do Custeio *ABC*

O sistema *ABC*, segundo Cooper e Kaplan (1991), também permite, dentro deste panorama, que os gestores tenham conhecimento de suas vantagens e desvantagens e de como a empresa pode projetar e enviar os seus produtos, facilitando a visualização das atividades que geram maior ou menor custos, termo este não adequado, mas utilizado com frequência para designar as atividades como apoio à tomada de decisão.

Entretanto, o sistema *ABC* tem sido criticado por alguns autores no que diz respeito às informações sobre o passado e os gestores necessitam de informações sobre o futuro para se tomar decisões. É criticado também o enfoque na redução dos custos; os críticos defendem que o foco de atenção deve ser a redução das variações e do tempo esperado. Segundo Johnson (1992), as empresas deveriam deixar as reduções de

Tabela 3. Os direcionadores e seus estágios.

DIRECIONADORES	ETAPAS	OBJETIVOS
Direcionadores de custos de Recursos	1º estágio	Determinam a ocorrência de uma atividade. Identifica a maneira como as atividades consomem recursos e serve para custear as atividades, ou seja, demonstra a relação entre os recursos e os gastos.
Direcionadores de custos de Atividades	2º estágio	Identificam como os produtos e/ou serviços consomem as atividades. Identifica a maneira como os produtos consomem atividades e serve para custear produtos, ou seja, indica a relação entre as atividades e os produtos.

Tabela 4. Vantagens e Desvantagens do custeio ABC.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
Informações gerenciais relativamente mais fidedignas por meio da redução do rateio;	Alto nível de controles internos a serem implantados e avaliados;
Adequa-se mais facilmente às empresas de serviços, pela dificuldade de definição do que seja custos, gastos e despesas nessas entidades;	Necessidade de revisão constante;
Menor necessidade de rateios arbitrários;	Leva em consideração muitos dados;
atende aos Princípios Fundamentais de Contabilidade (similar ao custeio por absorção);	Informações de difícil extração;
Obriga a implantação, permanência e revisão de controles internos;	Dificuldade de envolvimento e comprometimento dos empregados da empresa;
Proporciona melhor visualização dos fluxos dos processos;	Necessidade de reorganização da empresa antes de sua implantação;
Identifica, de forma mais transparente, onde os itens em estudo estão consumindo mais recursos;	Dificuldade na integração das informações entre departamentos;
Identifica o custo de cada atividade em relação aos custos totais da entidade;	Falta de pessoal competente, qualificado e experiente para implantação e acompanhamento;
Pode ser empregado em diversos tipos de empresas (industriais, comerciais e serviços, com ou sem fins lucrativos);	Necessidade de formulação de procedimentos padrões;
Pode, ou não, ser um sistema paralelo ao sistema de contabilidade;	Maior preocupação em gerar informações estratégicas do que em usá-las;

Fonte: Adaptado de Brimson (1996) e Martins (2009)

custos acontecerem naturalmente, e focar nas variações citadas.

Sendo assim, um ponto a ser observado, conforme a Tabela 4, é a definição do nível adequado de detalhamento dos processos e atividades. Se este detalhamento não for definido de acordo com as necessidades da empresa, o sistema irá provocar mais dúvidas do que respostas, e não irá atender ao que era esperado (Kaplan 1998).

O sistema de custeio ABC apresenta diversas vantagens que devem ser criteriosamente analisadas pelas empresas em todos os segmentos, com o intuito de utilizá-las nas tomadas de decisões, colocando a entidade em uma posição diferenciada das demais. Contudo vale ressaltar as desvantagens como empecilho de implantação conforme relatado na Tabela 4.

Nesta perspectiva, Crepaldi (2010) alerta que a empresa deve estar obrigatoriamente organizada antes de sua implantação e, para tanto, necessita de

elevado nível de controle interno e revisão constante, por os dados serem de obtenção muito difícil. Por isso o custo de implantação é elevadíssimo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos e a metodologia do ABC aplicam-se também a empresas não industriais, pois atividades ocorrem tanto em processos de manufatura quanto de prestação de serviços. Logo, é possível utilizar o ABC em instituições financeiras, concessionárias de serviços públicos, hospitais, escolas, etc. Enfim, atividades e objetos de custeio são encontrados em todas as organizações, inclusive naquelas de fins não lucrativos (Martins, 2003).

O ABC pode ser implementado sem intervir no sistema contábil corrente da empresa, isto é, pode ser um sistema paralelo; pode, também, ser utilizado apenas periodicamente. Neste caso, a periodicidade

poderá ser preestabelecida ou ficar na dependência de fatores como: alteração no *mix* de produtos, na tecnologia da produção, no perfil de consumo de recursos pelas atividades ou destas pelos produtos, etc.

E, por ser uma ferramenta eminentemente gerencial, pode, também, incorporar conceitos utilizados na gestão econômica, como custo de oportunidade, custo de reposição, depreciação diferente dos critérios legais e outros (Martins, 2003).

Entre os resultados obtidos com o uso do ABC, podemos citar, em primeiro lugar, a possibilidade de desvendar o custo de tudo que está sendo feito – os custos passam a ser visíveis, podendo se fazer programas de redução de custos e aperfeiçoamento de processos; em segundo lugar, a possibilidade de descobrir clientes ou produtos que geram prejuízos (Kaplan, 1999).

Com a evolução da economia para um mercado cada vez mais competitivo e globalizado, melhorar a eficiência e reestruturar a empresa, voltando-a para eficácia, tornaram-se metas comuns no moderno ambiente de negócios. O conhecimento exato dos custos, seu perfeito controle e coerente medição passam a ser uma necessidade das empresas para que seus gerentes possam tomar decisões estratégicas e, conseqüentemente, fazer melhor uso dos recursos organizacionais, cada vez mais limitados.

As organizações vêm buscando, cada vez mais, utilizar o sistema de custeio ABC, no intuito de atender aos anseios sugeridos. Apesar de ser um conceito universal, a implantação bem sucedida do ABC não é igual em todas as organizações e deve ser adaptada a uma estratégia, estrutura, capacidade e necessidade únicas da empresa.

Da mesma forma, muitos trabalhos têm apresentado críticas a essa teoria, alegando inconsistência nas decisões no longo prazo, mesmo admitindo seu valor nas decisões no curto prazo. Essas críticas são feitas pelos

adeptos da utilização, como ferramenta gerencial da contabilidade de custos e variâncias, como o método de custeio por absorção, o custeio baseado em atividades (*Activity Based Costing-ABC*), dentre outros.

Desse modo, é importante esclarecer que este estudo não buscou esgotar por completo esse extenso assunto, deixando aberto o caminho para novas pesquisas que utilizem outras metodologias e conceitos da contabilidade de custos, ou mesmo, a utilização dessa pesquisa para a aplicação em estudos de caso.

REFERÊNCIAS

CHALOS, P. **Managing cost in today's manufacturing environment**. New Jersey: Prentice-Hall, 1992.

CHING, H. Y; **Gestão Baseada em custeio por atividades**. 2 ed. São Paulo: Atlas, P.147, 1997.

COOPER, R., KAPLAN, R. How cost accounting distorts products costs. **Management Accounting**, p. 20-27, 1998.

CREPALDI, S. A. **Curso básico de contabilidade de custos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004

_____, S. A. **Curso Básico de contabilidade de Custos**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3ª edição, São Paulo. Atlas, 1995.

EYERKAUFER, M. L.; COSTA A. ; FARIA, A. C. Métodos de custeio por absorção e variável na ovinocultura de corte: estudo de caso em uma cabanha. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, Lavras, v. 9, n. 2, p. 202-215, 2007.

GONÇALVES, J. A. T. **Metodologia da pesquisa**. blogsspot.com/2008/0 design do estudo de caso. Acesso 12 de setembro 2013.

GUNASEKARAN, A. A framework for the design and audit of an activity-based costing system. **Managerial Auditing Journal**. Vol. 14 – N. 3, p. 118-126, 1999.

IMA Practices and Techniques: Implementing Activity-

- Based Costing. **Statement on Management Accounting**. No 4T, September 30. 1993 [Capturado na Internet disponível em: <<http://www.rutgers.edu/Accounting/raw/ima>>]. Acesso em Jun. de 2013.
- JOHNSON, T.H; KAPLAN, R. S. **Contabilidade Gerencial: a restauração da relevância da contabilidade nas empresas**. Rio de Janeiro: Editora Campos, 1992.
- KAPLAN,R., S. Dos custos à performance. **HSM Management**, Mar. / Abr. 1999.**Management Accounting**, March , p. 36-39,1991.
- KAPLAN, R. S., COOPER, R.**Custo e desempenho – Administre seus custos para ser mais competitivo**. Editora Futura, São Paulo,1998.
- KHOURY, C. Y., ANCELEVICZ, J. **Controvérsias acerca do sistema de custos ABC**. Revista de Administração de empresas (RAE), Jan/Mar., 2000.
- KOTLER, J. P. **Administração de Marketing – Análise, Planejamento, Implementação e Controle**. Editora Atlas S.A., São Paulo,1996. Disponível em: <<http://www.custoseagronegocioonline.com.br/numero3v7/custos%20ABC.pdf>> Acesso em Jun. de 2013.
- LEONE, G.; GUERRA, S. **Curso de Contabilidade de Custos** – São Paulo: Atlas, 1997.
- MABBERLEY, J.**Activity Based Costing in Financial Institutions How to support value-based management and manage your resources effectively**. Editora Pitman Publishing, Londres, 1998.
- MARTINS,E.**Contabilidade de custos**. Editora Atlas, São Paulo, 2003.
- _____.**Contabilidade de custos**. Editora Atlas, São Paulo, 2009.
- MEGLIORINI, E. **Custos**. 1.ed. São Paulo: Makron Books, 2001.
- NAKAGAWA, M. **ABC: Custeio Baseado em Atividades**. São Paulo: Atlas,1994.
- NEVES, S.; VICECONTI, P. E. V. **Contabilidade de Custos: um enfoque direto e objetivo**. 9. ed. São Paulo: Frase, 2010.
- NOVAES, A. G. **Logística e Gerenciamento da Cadeia de Distribuição: estratégia, operação e avaliação**. Rio de Janeiro:Campus, 2001.
- OSTRENGA,M. **Guia da Ernst & Young para gestão total dos custos**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1997.
- PLAYER, S.**Lições do campo de batalha**. Editora Makron Books, São Paulo, 1997.
- POHLEN, T.L.; LA LONDE, B.J. **Implementing activity-based costing (ABC) in logistics**. *Journal of Business Logistics*, vol. 15, nº 2, 1994.
- RAFFISH, N. How much does that product really cost? Finding out may be as easy ABC.NAKAGAWA, M. **ABC Custeio Baseado em Atividades**. Editora Atlas S.A., São Paulo,1994.

A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DO EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL NA MINIMIZAÇÃO DAS LESÕES PROVOCADAS PELOS ACIDENTES DE TRABALHO THE USE OF PROTECTION EQUIPMENT TO REDUCE LESIONS CAUSED BY WORK- RELATED ACCIDENTS

Jamile Andrade Souza¹
Kátia Maria Mendes Silva²

Segurança do trabalho é um tema bastante discutido na contemporaneidade e é definida por normas e leis, pois é visto como um conjunto de medidas adotadas, visando à prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Destaca-se como um importante aliado na proteção dos trabalhadores e é regulamentada pela Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977. A segurança do promove dentro das organizações um ambiente mais seguro, reduz as lesões provocadas pelos acidentes de trabalho, melhora a qualidade de vida dos colaboradores, aumenta a produção e reduz os custos para a empresa e a sociedade de forma geral. Essa pesquisa teve como objetivo identificar a importância do uso do EPIs, visando reduzir as lesões provocadas pelos acidentes de trabalho em uma empresa industrial do ramo calçadista, localizada na cidade de Cruz das Almas. Os resultados apontados nesta pesquisa comprovaram que a empresa investe na segurança do trabalho, não apenas, para atender aos aspectos legais, mas também porque se preocupa com a integridade física dos funcionários.

Palavras-chave: Acidente. Segurança do Trabalho. Equipamento de proteção individual.

Work safety is a topic widely discussed nowadays. It is defined by rules and laws and it is seen as a set of measures adopted for the prevention of work accidents and occupational diseases. It is an important ally in workers protection and is ruled by law nr. 6514 of December 22, 1977. Work safety provides a safer environment, adopts measures to reduce injuries caused by accidents at work, improves employees life quality, increases production and reduces costs for the company and society in general. This research aimed to identify the importance of using personal protection equipment (PPE) in order to minimize injuries caused by accidents at work in a footwear industry located in Cruz das Almas, Bahia, Brazil. Our results showed that the company invests in safety, not only to meet the legal aspects , but also because it is concerned with the physical integrity of its employees .

Keywords: Accident. Safety. Personal protective equipment .

¹Jamile Andrade Souza; Bacharel em Administração da Faculdade Maria Milza/FAMAM.
Email: jamile18_andrade@hotmail.com Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7466561914721968>.

²Kátia Maria Mendes Silva; Mestre em Administração e Comércio Internacional. Professora orientadora da Faculdade Maria Milza.
katiamarca.mendes@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Na atualidade as organizações tem discutido formas de implementação da Segurança do Trabalho através de normas e leis, para promover a proteção do trabalhador no ambiente organizacional, visando minimizar os acidentes e doenças ocupacionais. No Brasil atuações da Segurança e Medicina do Trabalho são conduzidas pela Portaria nº 3.214 de oito de junho de 1978, que aprovou 35 Normas Regulamentadoras (NRs) que tratam de temáticas variadas (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2013).

Nesse aspecto, percebe-se que a Segurança do Trabalho vem se expandindo cada dia mais, buscando promover dentro das organizações um ambiente mais seguro, pois a partir de medidas adotadas procuram reduzir as lesões provocadas pelos acidentes de trabalho o que redundaria, entre outras coisas, numa maior qualidade de vida para os trabalhadores, além da redução de custos para a empresa e a sociedade de forma geral.

No Brasil são encontrados altos índices de acidentes do trabalho. Essa realidade resulta em vários problemas tanto para a empresa como para a sociedade. Por isso a necessidade de estabelecer na organização práticas de gestão que garantam segurança ao trabalhador, visando soluções que conduzam à redução de acidentes de trabalho e suas consequências.

Desta forma visualiza-se a importância de se obter uma segurança para o trabalhador que seja adequada e proporcione qualidade de vida e que conseqüentemente influencie nos resultados dos serviços e no aumento da produção.

Nessa perspectiva, este estudo faz uma reflexão sobre a inserção da segurança do trabalho para a minimização dos acidentes, tendo como pergunta norteadora: Como o uso correto do equipamento de proteção individual (EPI) pode contribuir para minimizar as lesões provocadas pelos acidentes de trabalho na

empresa Bibi Calçados?

Para responder essa pergunta, foi definido como objetivo geral: Identificar a importância do uso do EPI na empresa, visando a minimização de lesões provocadas pelos acidentes de trabalho. E como objetivos específicos: Identificar quais os tipos de acidentes mais freqüentes; verificar quais EPI's estão disponíveis para os funcionários e descrever de que forma o programa de prevenção de acidentes é divulgado dentro da empresa.

Com o propósito de melhor compreensão, esse artigo foi dividido em cinco seções, sendo que a primeira é composta pela introdução onde se apresenta o problema e os objetivos da pesquisa, seguida de uma revisão da literatura composta pelos tópicos segurança no trabalho, equipamentos de proteção individual (EPIs), acidente de trabalho e prejuízos da empresa. Na terceira seção, descreve-se a metodologia, na quarta apresentamos e discutimos os resultados e, para finalizar, tecemos algumas considerações finais.

REVISÃO DE LITERATURA

SEGURANÇA DO TRABALHO

Segundo descrito na Enciclopédia Britânica do Brasil (2012), as informações dos primeiros relatos sobre a preocupação com a segurança do trabalho foram registrados num documento egípcio chamado de Papiro Anastacius V, que descrevia as condições de trabalho de um pedreiro e falava sobre a preservação da saúde da vida do trabalhador. De acordó com Meira (2002, p.8) o médico italiano Bernardino Ramazzini teria sido o grande precursor da Medicina Social e o pai da Medicina do Trabalho com a publicação em 1713 de "De morbis artificum" sobre as doenças dos trabalhadores onde demonstra a importância dos acidentes de trabalho, preconizando certas medidas de higiene e de segurança.

Apenas depois da Revolução Industrial é que se estabeleceu a necessidade de preservação do potencial humano como forma de garantir a produção. Portanto, foi neste contexto que os problemas relacionados ao trabalho tiveram um aumento em relação à evolução e a potencialidade dos meios de produção e com as péssimas condições de trabalho.

No Brasil, a segurança e saúde do trabalhador são protegidas pela legislação e a primeira norma legal que dispõe sobre a segurança é a Constituição Federal. Posteriormente, surgem várias outras que se ocupam do tema, como a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e decretos, medidas provisórias e regulamentos, portarias, Normas Regulamentadoras (NRs) e sentenças normativas.

Nesse aspecto Bohlander et. al (2003, p.338) diz que:

Embora as leis que resguardam o bem estar físico e emocional dos funcionários sejam um incentivo inegável, muitas empresas são motivadas a fornecer condições de trabalho saudáveis em virtude de sua sensibilidade as necessidades e aos direitos do trabalhador. Uma empresa mais orientada para os custos reconhece a importância de evitar acidentes de trabalho e doenças, sempre que possível. Os custos associados ao afastamento por doença, pagamentos por incapacidade, reposição de funcionários que sofrem lesões ou morrem, e a indenização dos trabalhadores excedem em muito os custos de se manter um programa de segurança e de saúde.

A segurança dentro da empresa é sinônimo de qualidade para a mesma e de bem-estar para os trabalhadores. Financeiramente, também é vantajosa: treinamento e infra-estrutura de segurança exigem investimentos, mas por outro lado evitam gastos com processos, indenizações e tratamentos de saúde em casos que poderiam ter sido evitados. Assim Bohlander et.al.

(2003, p.338) afirma que os “acidentes no trabalho e doenças profissionais são inúmeros e custam caro para as empresas”.

Muitos esforços têm sido empreendidos para minimizar os efeitos dos acidentes de trabalho, conforme Fernandes et.al. (2006, p.5)

[...] quanto melhor aplicadas as medidas de segurança do trabalho, maior a probabilidade de êxito na prevenção de acidentes, aumentando a produtividade e diminuindo o custo do produto final.

Sem dúvida, a Segurança do Trabalho é fundamental para que as empresas tenham um ambiente de trabalho seguro, e deve ser um compromisso da gestão com seus colaboradores. Na atualidade, as discussões acerca da segurança do trabalho são vistas como forma de prevenção de doenças e fatalidades ocorridas no ambiente de trabalho. A segurança do trabalho se destaca como um importante aliado na proteção aos trabalhadores.

Várias são as leis brasileiras sobre segurança e a saúde do trabalhador, a começar pela Constituição Federal. Além dela, ocupam-se do tema a CLT, decretos, medidas provisórias, regulamentos, portarias, NRs e sentenças normativas. Segundo Martins (2011), desde a Constituição de 1934 garante-se o direito do trabalhador à assistência médica e sanitária e na Constituição de 1967 reconhece-se o direito dos trabalhadores à higiene e segurança do trabalho.

No entanto, a Constituição Federal de 1988 determina no Art. 7, XXII o direito do trabalhador à redução dos riscos à vida e à saúde no trabalho, através de Normas de Saúde, Higiene e Segurança (CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988, p.7).

A legislação brasileira exige das empresas a adoção de medidas de prevenção e proteção à saúde do trabalhador e determina que os empregados colaborem com a empresa na aplicação destas normas de

segurança do trabalho.

De acordo com a CLT, as empresas têm que seguir as normas de segurança e verificar se o ambiente é insalubre para pagar o adicional e, além disso, proporcionar os equipamentos de proteção individual adequado. Portanto, as empresas que descumprirem estas leis estão sujeitas a multas de acordo com a infração.

Quanto as Normas Regulamentadoras, foram instituídas pela Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977, criando normas que propiciam um ambiente de trabalho onde os riscos à saúde do trabalhador possam ser diminuídos por meio da adoção de medidas de proteção e de segurança. (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2012).

São 35 as NRs que tratam de vários temas importantes, dentre eles destacamos a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA-NR 5) e Equipamento de Proteção Individual (EPI-NR6) (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2012).

Segundo as NRs citadas, a CIPA é regulamentada pela CLT e sua comissão tem por objetivo prevenir os acidentes e doenças provenientes do trabalho, sendo obrigatória para as empresas públicas ou privadas que tenham a partir de 20 funcionários. Porém, dependendo do ramo de atividade, a empresa é obrigada a manter esta comissão. Os funcionários integrantes da comissão são chamados de “cipeiros” e usufruem da estabilidade empregatícia até o final do mandato, ou seja, pelo período de um ano (OLIVEIRA, 2008).

Percebe-se que o papel do trabalhador tem-se modificado com o passar dos anos e que atualmente as organizações têm percebido o seu real valor para as organizações. Porém, da mesma forma é preciso que se crie uma maior consciência sobre como proteger esses trabalhadores e fortalecer a relação entre empresa e empregados. Assim, segundo Oliveira (2008, p.3), “os fatos mostram que uma comissão preventiva de acidentes de trabalho não seria

só um meio de proteção ao trabalhador, mas também um instrumento valioso para manter os níveis de produção da empresa” [...].

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Os EPIs são obrigatórios nas indústrias para prevenir e controlar os acidentes leves e graves que possam vir a ocorrer. É necessário que estes equipamentos estejam em perfeitas condições de uso e devem estar adequados à função exercida.

EPI é todo meio ou dispositivo de uso pessoal, destinado a preservar e proteger a incolumidade física do empregado, durante o exercício de trabalho, contra as consequências resultantes de acidente do trabalho (Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978, p. 88).

Os Equipamentos de Proteção Individual, usualmente identificados pela sigla “EPI”, formam, em conjunto, um recurso amplamente empregado para a segurança do trabalhador no exercício de suas funções. Assumem, por esta razão, papel de grande responsabilidade, mormente em face de certas particularidades que envolvem ou requerem o seu uso, para a preservação da incolumidade do trabalhador contra os mais variados riscos aos quais está sujeito nos ambientes de trabalho. (FUNDACENTRO, 1983, p. 1).

A utilização dos EPIs é regida pela NR6, segundo a qual as empresas são obrigadas a fornecê-los aos seus empregados gratuitamente de acordo com o risco, para proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.

Conforme Ayres e Correa (2011, p.21):

A proteção individual contra riscos ocupacionais é obrigatória e de responsabilidade do empregador, conforme estabelece a Norma Regulamentadora nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego, sempre

que as medidas de proteção coletiva mostrarem ser inviáveis ou não oferecerem completa proteção contra os agentes de acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais.

Além disso, estes equipamentos devem ter o Certificado de Aprovação do Ministério do Trabalho e Emprego (CA) e a empresa que for a importadora do equipamento deve estar registrada junto ao Departamento de Segurança e Saúde do Trabalho.

Segundo Brasil (2005, p. 41), existem orientações específicas sobre o uso do EPI, a saber:

a) Quando usar o EPI

- Quando não for possível eliminar o risco por outras medidas ou equipamentos de proteção coletiva.
- Quando for necessário complementar a proteção coletiva.
- Em trabalhos eventuais ou emergenciais.
- Em exposição de curto período.

Ainda de acordo com o mesmo autor (2005, p.41), os equipamentos de proteção individual são classificados em conformidade com a parte do corpo que deve ser protegida:

- **Cabeça**- protetores para o crânio e para o rosto. Para o crânio, usam-se diversos tipos de capacetes ou chapéus, e para o rosto utilizam-se protetores faciais;
- **Olhos e nariz** - óculos e máscaras;
- **Ouvidos** - protetores auditivos tipo concha ou plugs de inserção;
- **Braços, mãos e dedos** - luvas, mangotes e pomadas protetoras;
- **Tronco** - aventais e vestimentas especiais;
- **Pernas e pés** - perneiras, botas ou sapatos de segurança;
- **Corpo inteiro** - cintos de segurança contra quedas ou impactos.

Conforme Ayres e Correa (2011, p.17) “a proteção coletiva e individual dos trabalhadores é um dever impostergável do empregador que, ao não cumpri-la, poderá ser

responsabilizado civil e criminalmente pelos danos causados ao empregado” e Meira et. al (2008 p, 14), complementa dizendo que:

O não uso do(s) EPI(s) pelo empregado dará motivo à rescisão contratual por justa causa, ficando o empregador, em consequência, isento e liberado de toda e qualquer sanção e responsabilidade, quer trabalhista, previdenciária, civil, acidentária, etc.

Portanto, o empregador tem a obrigação de fornecer os equipamentos de proteção ao trabalhador e de exigir que estes os utilizem. Os empregados que não os utilizarem poderão ser penalizados com a demissão por justa causa. Além disso, segundo o Fundacentro (1983, p.90), o empregador tem por obrigação no que se refere ao equipamento:

- Adquirir o tipo apropriado à atividade do empregado.
- Fornece-lo gratuitamente ao seu empregado.
- Treinar o trabalhador quanto ao seu uso adequado.
- Tornar obrigatório o seu uso.
- Substituir, imediatamente, o danificado ou extraviado.
- Responsabilizar-se pela manutenção e esterilização no que couber.

Portanto os EPIs são essenciais na proteção do trabalhador em todas as partes do corpo, por isto têm que ser utilizados os mais eficazes para que possam minimizar os efeitos dos acidentes. Como no caso dos protetores auriculares é de fundamental importância, pois os ruídos causam muitos problemas de saúde.

Diante do exposto, tornou-se evidente que várias são as leis que estão voltadas para assegurar a segurança do trabalho, no entanto é preciso que os órgãos competentes fiscalizem se estão sendo cumpridas as normas. Caso as empresas não adotem as medidas exigidas, serão penalizadas com

multas.

Além das normas anteriormente citadas, que regulamentam os direitos dos trabalhadores e melhores condições de trabalho nas indústrias, há outras NRs importantes para assegurar a segurança do trabalho, entre as quais destacam-se as seguintes:

NR 07 – Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional; NR 09 – Programa de Prevenção Riscos Ambientais- PPRA; NR 12 – Segurança do Trabalho em Máquinas e Equipamentos; NR 13 – Caldeiras e Vasos de Pressão; NR 15 – Atividades e Operações Insalubres; **NR 17 – Ergonomia**; **NR 20 – Segurança e Saúde do Trabalho com Inflamáveis e combustíveis**; NR 23 – Proteção contra incêndios; NR 25 – Resíduos industriais e NR 26 – Sinalização de Segurança.

ACIDENTES DE TRABALHO

Segundo a Lei 8.213/91 Art. 19 “acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade do trabalho”.

Já ocorriam desde as primeiras indústrias os acidentes de trabalho que geravam grande insatisfação dos colaboradores, e até hoje são investidos dinheiro e esforços para as questões de segurança. Conforme Chiavenato (2009, p. 22). “parte dos acidentes de trabalho acontecem por conta da má integração entre o homem, a tarefa e seu ambiente de trabalho”. Portanto, se faz necessário que as organizações proporcionem um ambiente de trabalho compatível com as atividades a serem realizadas na organização. Enfim fica claro que o setor de RH e a segurança do trabalho são as bases para que o ambiente de trabalho seja seguro.

Para Chiavenato (2006), os acidentes de trabalho podem ter várias causas, mais as

principais são:

- **Condições inseguras:** deficiências do ambiente ou de máquinas, equipamentos, como a falta de proteção, equipamentos desgastados, desorganização do ambiente de trabalho, instalações inadequadas, etc.
- **Ato inseguro:** Violação de um procedimento seguro, como por exemplo, a utilização de máquinas sem habilitação ou permissão, descuido permanecendo próximo a cargas suspensas, dispensar equipamentos de segurança, usar vestimenta inadequada, brincadeiras inapropriadas, etc.

Para Ayres e Correia (2011, p. 20):

O empregador que não adotar as medidas de segurança e higiene do trabalho, a fim de proteger seus empregados contra os riscos de acidentes do trabalho e/ou doenças profissionais e do trabalho, seja por meio de medidas de proteção coletiva e/ou de Equipamento de Proteção Individual (EPIs), além das sanções legais por não cumprir as Normas Regulamentadoras da Portaria nº 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego, responderá por crimes de homicídio, lesões corporais, ou crimes de perigo comum, previstos nos arts. 129,132,135 e 203 do Código Penal [...].

De fato, a empresa é responsável por minimizar riscos e implantar medidas preventivas, para isso deve calcular indicadores e estar sempre atenta a seus colaboradores. Assim, Fernandes et.al (2006), afirma que quanto mais bem aplicadas as medidas de segurança do trabalho, maior a probabilidade de êxito na prevenção de acidentes, aumentando a produtividade e diminuindo o custo do produto final, já que o ambiente seguro faz com que o colaborador se sinta seguro e menos suscetível aos riscos e acidentes.

São os acidentes vinculados ao trabalho, aqueles ocorridos no local do trabalho decorrentes de atos intencionais ou não, de terceiros ou de companheiros do

trabalho, as doenças provenientes de contaminação acidental no exercício da atividade, os acidentes ocorridos no percurso residência/local de trabalho/residência e nos seus horários das refeições. (FUNDACENTRO, 2012).

Segundo a OIT, os acidentes de trabalho são a causa da morte de mais de dois milhões de trabalhadores no mundo por ano. São três pessoas que morrem a cada minuto devido a condições impróprias de trabalho.

Entretanto, Chiavenato (2004, p.10) firma que “o acidente do trabalho constitui fator negativo para a empresa, para o empregado e para a sociedade”. Portanto os custos e as causas devem ser analisados para evitar os altos índices de acidentes dentro da empresa.

Atualmente o Brasil conta com dados preocupantes em relação aos números de vítimas de acidentes de trabalho. Esses registros apontam que 400mil pessoas são vítimas de acidentes de trabalho, das quais mil morrem em função do acidente. Dados estes que integram o Instituto Nacional de Seguridade Social, que aponta gastos de quase dois bilhões de reais referentes ao pagamento de benefícios aos acidentados. (Oliveira apud Meira, 2008, p.3).

Segundo dados da OIT, o Brasil é o quarto colocado mundial em número de acidentes fatais e a Previdência Social mostra que ocorre cerca de uma morte a cada 3,5 horas de jornada diária. Com o grande número de problemas, os gastos do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) decorrentes dos acidentes já ultrapassam os R\$ 14 bilhões por ano.

As estatísticas da Previdência Social, que registram os acidentes e doenças decorrentes do trabalho, revelam uma enorme quantidade de pessoas prematuramente mortas ou incapacitadas para o trabalho.

Segundo Sebrae (2005, p.47), os trabalhadores que sobrevivem a esses infortúnios são também atingidos por danos

que se materializam em:

- sofrimento físico e mental;
- cirurgias e remédios;
- próteses e assistência médica;
- fisioterapia e assistência psicológica;
- dependência de terceiros para acompanhamento e locomoção;
- diminuição do poder aquisitivo;
- desamparo à família;
- estigmatização do acidentado;
- desemprego;
- marginalização;
- depressão e traumas.

PREJUÍZOS DA EMPRESA

Segundo o Sebrae (2005), as micro e pequenas empresas são fortemente atingidas pelas consequências dos acidentes e doenças, apesar de nem sempre os seus dirigentes perceberem este fato. Uma das consequências referem-se aos custos para o país e para as empresas.

As estatísticas do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) informam que os acidentes atingem, principalmente, as pessoas que estão na faixa etária dos 20 aos 30 anos, justamente quando estão em plena condição física. Consequentemente prejudica o desenvolvimento do país, provocando:

- redução da população economicamente ativa;
- aumento da taxação securitária;
- aumento de impostos e taxas.

Para reduzir o número de acidentes de trabalho é necessário que todos trabalhem em equipe, as empresas obedeçam as normas regulamentadoras disponibilizando EPIs e EPCs adequados a cada função do funcionário e sempre estejam trocando no período certo, fornecendo treinamento para que todos saibam da importância da prevenção dos acidentes e do uso dos

equipamentos e os funcionários utilizem corretamente os EPIs e se responsabilizem pela sua guarda. São às vezes simples ações que podem evitar consequências graves tanto para a empresa como para a sociedade.

METODOLOGIA

Para atingir o objetivo geral de identificar a importância do uso do EPI na empresa, visando a minimização de lesões provocadas pelos acidentes de trabalho, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva com o propósito de descrever a influência do uso do EPI na minimização de lesões provocadas pelos acidentes de trabalho e a importância da segurança do trabalho no ambiente laboral. E quanto ao delineamento, realizou-se um estudo de caso numa empresa calçadista.

Quanto a abordagem, foi de natureza qualitativa e quantitativa com apresentação de gráficos e tabelas que geraram informações necessárias para compreensão do objeto de estudo.

A pesquisa foi realizada na cidade de Cruz das Almas que está localizada no Recôncavo Sul da Bahia, a 146 quilômetros da capital do estado, Salvador, à qual se liga pelas rodovias federais - BR 101 e 324. O parque industrial da cidade é dotado de um distrito com seis fábricas. A pesquisa foi realizada no setor de produção de uma empresa calçadista onde trabalham 90 pessoas. Desse total foi retirada uma amostra não probabilística de 50% dos funcionários aos que foi aplicado um questionário. Entretanto, só foram respondidos e devolvidos 27, perfazendo aproximadamente 30% do total de funcionários do setor. Também foi realizada uma entrevista com o gestor da área de segurança do trabalho. Os questionários dos funcionários da área produtiva foram aplicados pela Gestora de Rh, por norma da empresa. Os dados obtidos da entrevista foram transcritos e os mesmos receberam tratamento qualitativo. Já os dados do

questionário foram tabulados e dispostos em uma planilha de Excel e transcrito em tabelas e gráficos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentadas nesta seção os resultados e sua análise, discriminando os dados referentes ao perfil dos pesquisados e a parte específica de segurança do trabalho. Correlacionamos a opinião dos 27 funcionários do setor de produção que responderam os questionários, juntamente com os dados da entrevista realizada com técnico de segurança da empresa responsável pela área.

PERFIL DOS RESPONDENTES

A partir das respostas dos questionários verificou-se que dos funcionários entrevistados 59% é do sexo masculino e 41% são mulheres.

Quanto à idade da amostra, 44% estão na faixa de 18 a 24 anos, 37% tem de 25 a 31 anos, 15% estão entre os 32 e os 38 anos e 4% tem mais de 39 anos. Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados, 100% possui ensino médio completo.

No que se refere ao tempo de serviço na empresa, 48% tem entre 1 e 4 anos, 33% de 5 a 8 anos, 15% de 9 a 12 e 4% tem até 1 ano. A predominância no período de 1 a 4 anos indica uma baixa rotatividade dos funcionários o que é um fato relevante uma vez que quanto mais tempo os funcionários permanecem na empresa, menor é o índice de acidentes de trabalho, devido a já terem conhecimento da importância do uso dos EPI's e EPC's.

DADOS DE SEGURANÇA

A importância da segurança do trabalho e da utilização de EPIs dentro do ambiente de

trabalho tem crescido muito nos últimos anos, como já foi citado por referencial teórico. Esse fato está relacionado com a preocupação com a saúde e o bem-estar do trabalhador que influencia todo o processo produtivo da empresa. Diante deste cenário, perguntou-se aos entrevistados se a empresa fornece EPI adequado e em número suficiente para as funções exercidas.

Conforme a resposta dos funcionários é possível perceber que 100% dos funcionários da produção concordam que a empresa oferece EPI adequado e em número suficiente para a função. Os técnicos confirmam esta afirmação e ainda salientam que disponibilizam todos os tipos de EPI's necessários, tais como respirador valvulado, respirador semi-facial, luva Danny flex para temperatura, luva poliflex com e sem pigmento, filtro químico, luva sensi flex, creme protetor para as mãos, óculos de segurança, calçado de segurança, protetor auditivo tipo plug e abafador, avental de segurança, luva de linha pigmentada, luva de linha mesclada, luva. Para Ayres e Correa (2011), é de suma importância a seleção, a aquisição dos EPI's e o posterior treinamento por um técnico de segurança, para evitar que seja utilizado o equipamento inadequado para o risco da função, o que pode colocar em perigo a saúde do empregado.

Conforme a resposta dos entrevistados, 100% dos funcionários afirmam que existem treinamentos para a utilização dos EPI's e EPC's. Esta informação é confirmada pelo técnico que relata a disponibilização de treinamentos para a utilização dos EPI's e EPC's e palestras para conscientização dos funcionários sobre a sua importância.

Para Ayres e Corrêa (2011), o treinamento para uso dos EPIs e sua manutenção é uma tarefa fundamental que exige bastante cuidado, principalmente quando o equipamento exige treinamento específico, como no caso dos aparelhos respiratórios, pois o mau uso ou a falta de manutenção podem resultar em acidentes

fatais.

É possível notar que 11% dos trabalhadores entrevistados sofreram algum tipo de acidente e 89% não tiveram nenhum acidente. Dentre os acidentes frequentes salienta-se fraturas nos dedos na prensa quente, ampolas na pele devido aos produtos químicos e perfuração nos dedos. Os técnicos salientam que os acidentes mais frequentes são a perfuração dos dedos com o uso das máquinas de costura e que dificilmente ocorrem outros tipos de acidentes.

Os dados da Tabela 1 apontam diferenças entre a percepção dos trabalhadores e dos técnicos. Os primeiros falam sobre os ruídos, o cheiro forte e o contato com os produtos químicos enquanto os técnicos focalizam os acidentes propriamente ditos.

Para 22% dos entrevistados os EPI's protegem dos produtos químicos e ruídos, 15% afirmam que eles diminuem os ruídos e o contato com os produtos químicos e 11% acreditam que protegem da queda, dos barulhos excessivos e podem minimizar os ruídos.

Os EPI's são essenciais para prevenir e controlar os acidentes leves e graves que possam vir a ocorrer. E para que isto aconteça e necessário que a empresa forneça os EPI's adequados, os técnicos ministrem treinamentos e os funcionários utilizem correta e diariamente o equipamento

Observa-se que 100% dos funcionários concordam que o programa de segurança do trabalho é divulgado dentro da empresa e que são realizadas palestras de orientação, cursos, reuniões e apresentados filmes.

Os técnicos afirmam que a preocupação com os programas de segurança está em primeiro lugar. Os programas são difundidos através dos treinamentos, reuniões e palestras com os operários.

Os dados obtidos indicam que há uma preocupação por parte da empresa de atender não só os aspectos legais, e sim também os aspectos comportamentais dos funcionários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa analisamos os EPI e sua função na redução dos acidentes de trabalho. Constatamos que a empresa calçadista em estudo investe na segurança do trabalho não apenas para atender aos aspectos legais, mas também porque se preocupa com a integridade física de seus funcionários. Observou-se também uma preocupação com a construção de uma cultura da segurança e com a compra do EPI que proporcione conforto aos funcionários.

Desse modo, a empresa não se preocupa apenas com a entrega do EPI, mas investe em treinamentos com os técnicos de segurança do trabalho para que os funcionários possam utilizá-lo de forma correta. Eles também realizam um trabalho de conscientização com palestras, filmes e reuniões.

Portanto, diante do exposto foi possível constatar que a empresa tem demonstrado compromisso com a integridade física de seus colaboradores em sua gestão, pois ao promover e incentivar o uso correto dos equipamentos de segurança regulamentos

em lei, contribui com a segurança dos seus colaboradores, evitando sérios acidentes de trabalho que resultaria em lesões e possivelmente em custos e menor produtividade, além de contribuir para baixar o índice de acidentes em indústria calçadista.

REFERÊNCIAS

AYRES, Dennis de Oliveira, CORRÊA, José Aldo Peixoto. **Manual de prevenção de acidentes do trabalho**. – 2. Ed. - São Paulo: Atlas, 2011.

BOHLANDER, George; SNELL, Scoot; SHERMAN, Athur. **Administração de Recursos Humanos**. São Paulo: Cengage Learning, 2003.

BRASIL, Luiz Augusto Damasceno (Org.), **Dicas de Prevenção de Acidentes e Doenças do Trabalho**: SESI-SEBRAE Saúde e Segurança no Trabalho: Micro e Pequenas Empresa. – Brasília: SESI- DN, 2005.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**- 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

Tabela 1- Opinião dos pesquisados sobre o uso do EPI para minimizar os acidentes de trabalho

Uso do EPI minimiza os efeitos dos acidentes de trabalho	Freq	%
Protegendo dos produtos químicos e dos ruídos.	6	22
Trabalho com caixa pesada que sempre cai e o EPI protege os pés.	2	7
Dimuindo os ruídos e o contato com os produtos químicos.	4	15
De sofrer uma queda ou do esmagamento dos pés.	3	11
Usando devidamente minimiza muitos acidentes.	1	4
Eliminando a intensidade dos ruídos e do cheiro forte dos produtos químicos.	1	4
Protege de barulhos excessivos.	3	11
O Trabalho com máquinas que exige muita atenção e o protetor auditivo ajuda a diminuir os ruídos ajudando na concentração.	2	8
Pode minimizar os ruídos.	3	11
Usando constantemente ajuda bastante na minimização dos acidentes.	2	7
TOTAL	27	100

Fonte: Pesquisa de campo, 2013.

_____. _____. **Recursos Humanos**: o capital das organizações. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS. Presidência da República Assuntos Jurídicos Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6514.htm>. Acesso em: 10 mar. 2013.

FERNANDES, Almesinda Martins de Oliveira; SILVA, Michele Cristina da; OLIVEIRA, Sharleny Domitildes de. **Gestão de Saúde, biossegurança e nutrição do trabalhador**- Gioânia: Ed. AB, 2006. V.4.

FUNDACENTRO. **Equipamento de Proteção Individual**. ed.rev.São Paulo, FUNDACENTRO, 1983.

FUNDACENTRO. **Lei Acidentária nº 8213, de 1991**. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br>> Acesso em: 12 de out. 2012.

INSS, 1991, Instituto Nacional de Seguridade Social – Lei 8213 / 1991 – Cap II – Seção I – Art. 19.

MARTINS. Sérgio Pinto. **Direito do Trabalho**. 27.ed.- São Paulo: Atlas, 2011.

MINISTÉRIO DO TRABALHO, **Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977**. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/portal-mte> > Acesso em: 15 de Marc. 2013.

MEIRA, Paulo Ricardo.et.al. **A CIPA e a ReAd - O caso do UniRitter**. Disponível em: <http://www.endomarketing.com/artigo_endomarketing.htm. > Acesso em: 15 de Out. 2012

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Normas Regulamentadoras**. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/portal-mte/>> Acesso em: 10 de Out. 2012.

OLIVEIRA, Marcela Fernanda Tome **CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes**. 6º Simpósio de Ensino de Graduação. 2008.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/>> Acesso em: 12 de Out. 2012.

SEBRAE, Manual básico de segurança e saúde no trabalho para as micro e pequenas indústrias do calçado. São Paulo, 2012.

LINHA EDITORIAL/ESCOPO DA REVISTA

A Textura (ISSN 1809-7812), periódico vinculado ao Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente da Faculdade Maria Milza (FAMAM) tem por objetivo promover e disseminar a produção do conhecimento, o debate e a socialização de experiências no âmbito das Ciências Ambientais. Atualmente está classificada na Qualis/CAPES nas áreas Arquitetura e Urbanismo, Ciências Agrárias I, Engenharias III, História, e Interdisciplinar.

Com periodicidade semestral, a Textura tem edição em formato impresso e digital, sendo aceitos **Artigos, Ensaios, Resenhas e Resumos de Dissertações e Teses**, desde que originais e inéditos.

REGRAS PARA PUBLICAÇÃO

Os textos serão avaliados inicialmente quanto à adequação à Linha Editorial e o atendimento às Normas para Apresentação pelo Conselho Editorial, sem identificação de autoria.

Se o Conselho Editorial considerar necessário um parecer de consultores ad hoc externos, o artigo será enviado a especialistas nos temas tratados, sem identificação de autoria.

A avaliação, em qualquer uma das duas instâncias, será feita levando em conta o conteúdo, a estruturação do texto e a redação, tendo como parâmetros: relevância, pertinência e originalidade do tema; contribuição para a área temática em questão; e qualidade linguística.

O Conselho Editorial e/ou os Consultores recomendarão a aceitação, a rejeição ou a solicitação de modificações obrigatórias. Cabe ao Conselho Editorial a decisão final sobre a aceitação ou não do texto, com base nos pareceres emitidos pelos Consultores.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO

Serão aceitos textos em português, espanhol e inglês. Os textos submetidos em português e

espanhol deverão, obrigatoriamente, apresentar o título e o resumo também em inglês.

Os textos devem ter como nome o seu Título, extensão .doc ou .docx, possuir tamanho inferior a 5 MB, e devem ser submetidos eletronicamente ao email textura@famam.com.br.

A página deve estar configurada em A4, margens superior e esquerda de 3 cm, inferior e direita de 2 cm, fonte Arial, tamanho 12, espaçamento 1,5 cm entre linhas, e parágrafo 1,25 cm, texto justificado e sem numeração de páginas.

Para cada novo Item do Texto deve ser dado o espaço de uma linha.

As Figuras e Tabelas devem estar numeradas em algarismos arábicos, com legendas em fonte tamanho 10 e inseridas ao longo do texto, no primeiro ponto conveniente após sua primeira menção. São aceitas Figuras coloridas, preferencialmente em formato JPEG.

As Tabelas e Referências devem ser elaboradas em fonte Arial, tamanho 10 e espaçamento simples.

O sistema de citação adotado é o de autor-data, de acordo com a NBR 10520 (ABNT).

Os **Artigos** e **Ensaios** devem conter no mínimo 10 e no máximo 20 páginas e possuir a seguinte estrutura:

1. Título em caixa alta, centralizado e negrito;
2. Nome(s) completo(s) do(s) autor(es), sem abreviação(ões), com apenas as letras iniciais maiúsculas, alinhado(s) à direita, com Nota de Rodapé numerada para identificação do(s) autor(es), logo após o título;
3. A Nota de Rodapé deverá conter as seguintes informações de cada um dos autores: Instituição ou última Titulação; cidade; estado; link para o Currículo Lattes; email de contato;

4. Resumo, com o limite de 250 palavras, acompanhado de 3 a 5 palavras chave;
5. Abstract, com o limite de 250 palavras, acompanhado de 3 a 5 key words;
6. Introdução;
7. Corpo do artigo, com as seções julgadas pertinentes pelos autores;
8. Conclusão ou Considerações Finais;
9. Agradecimentos (opcional);
10. Referências.

Cada um desses itens deve estar claramente especificado/destacado ao longo do texto, sem numeração.

As **Resenhas** devem conter no máximo 5 páginas e a seguinte estrutura:

1. Título em caixa alta, centralizado e negrito;
2. Nome completo do(s) autor(es), sem abreviação(ões), com apenas as letras iniciais maiúsculas, alinhado(s) à direita, com Nota de Rodapé numerada para identificação do(s) autor(es), logo após o título;
3. A Nota de Rodapé deverá conter as seguintes informações de cada um dos autores: Instituição ou última Titulação; cidade; estado; link para o Currículo Lattes; email de contato;
4. Referência completa da obra de acordo com a NBR 6023 (ABNT).
5. Texto.

Os **Resumos de Dissertações e Teses** devem conter no mínimo 250 palavras e no máximo 500, e possuir a seguinte estrutura:

1. Nome completo do autor, sem abreviação(ões), com apenas as letras iniciais maiúsculas;

2. Título da Dissertação ou da Tese em caixa alta;
3. Palavras-Chave (3 a 5);
4. Número de Páginas;
5. Programa/Curso de Pós-Graduação;
6. Instituição;
7. Orientador
8. Co-Orientador;
9. Membros da Banca (Instituição);
10. Data da Defesa;
11. Resumo.

PRAZOS PARA SUBMISSÃO E PUBLICAÇÃO

Textos submetidos de 01 de Janeiro a 30 de Maio serão avaliados para publicação no exemplar de Julho; enquanto que os submetidos de 01 de Julho a 30 de Outubro serão avaliados para publicação no exemplar de Janeiro.

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Pinheiro Martinelli

Alex Gutterres Taranto)

Andrea Jaqueira da Silva Borges

Antonio Souza do Nascimento

Carmen Lieta Ressurreição dos Santos

Celi Nelza Zulke Taffarel

Edmar José de Santana Borges

Elizabete Rodrigues da Silva

Maria Lucia Silva Servo

Marina Siqueira de Castro

Ricardo Lopes de Melo

Robson Rui Cotrim Duete

Sérgio Roberto Lemos de Carvalho

Simone Garcia Macambira

