

UNINGÁ – UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR INGÁ LTDA.

Revista
UNINGÁ

Rev. Uningá	Maringá	Nº 01	p. 1-148	Jan./Jun.2004
-------------	---------	-------	----------	---------------

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Revista Uningá, Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.-
n. 1 (2004)- -Maringá : Uningá, 2004.
v. : il. ;

Semestral

1. Ciências da Saúde e Humanas – Periódico. I. Uningá.

CDD 21. ed. 658.005

FICHA TÉCNICA

Título:	REVISTA UNINGÁ
Periodicidade:	SEMESTRAL
Diretor Geral:	RICARDO BENEDITO DE OLIVEIRA
Diretor de Ensino:	NEY STIVAL
Diretor Acadêmico:	GERVÁSIO CARDOSO DOS SANTOS
Editor-Chefe:	NEY STIVAL
Conselho Editorial:	BRUHMER CESAR FORONE CANONICE CELSO CESAR CORREA ELIANE DA SILVA MEWES GAETAN GERVÁSIO CARDOSO DOS SANTOS GISELE LOPES BERTOLINI GLAUCIA MARUITTI OTANI MARIA DO ROSARIO MARTINS MAURO DA VEIGA ZÉLIO FEDATTO JUNIOR WASHINGTON RODRIGUES CAMARGO
Revisão da Língua Portuguesa / Editoração Eletrônica / Produção Gráfica:	BRUHMER CESAR FORONE CANONICE
Distribuição:	UNINGÁ

REVISTA UNINGÁ é uma publicação semestral da Uningá – Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda. A revista aceita colaboração de pesquisadores de outras instituições, sendo que os trabalhos, acompanhados de resumos (vide normas na última folha deste periódico) serão submetidos à análise do Conselho Editorial.

Para remessa de originais e aquisição de números avulsos, dirigir-se à:

UNINGÁ
A/C Prof. Ney Stival
Av. Colombo, 9727 – Km. 130
87070-810 - Maringá - Pr.
Fone: (44) 225-5009

PEDE-SE PERMUTA

As opiniões emitidas nos trabalhos aqui apresentados, bem como a exatidão e adequação das referências a outros trabalhos que tenham sido mencionados no texto, são de responsabilidade do(s) autor(es).

EDITORIAL

Há muito que vimos discutindo e refletindo sobre a necessidade da criação de um espaço próprio, para que os professores, alunos e colaboradores da Uningá pudessem expressar-se acadêmica e cientificamente.

A luta foi grande, mas concluímos que valeu a pena: aqui está o primeiro, o número um de uma série, a qual acreditamos seja infinita, da nossa *Revista Uningá*.

Muitas pessoas trabalharam (e trabalham) arduamente para que os cursos da Uningá atingissem o patamar de reconhecimento público que ora constatamos. Sendo assim, é a elas que dedicamos o primeiro exemplar desta Revista.

Agora, todos nós, membros desta coletividade acadêmica, teremos à nossa disposição um meio, ainda que singelo, para tornar conhecidos os nossos pensamentos, divulgar nossos trabalhos, pesquisas e, principalmente, debater científica e academicamente assuntos de interesse do conhecimento das nossas áreas oferecidas.

No primeiro trabalho publicado, intitulado *Carnitina – Metabolismo, funções e potencial terapêutico*, BERTOLINI expõe que a L-carnitina é essencial para o transporte de ácidos graxos de cadeia longa para o interior da mitocôndria, onde sofrem -oxidação. Apesar de existirem muitas investigações clínicas sobre os efeitos da suplementação com L-carnitina sobre determinadas patologias, a eficácia da suplementação de humanos só é comprovada em casos onde há deficiência primária ou secundária de L-carnitina.

Em *Método Canguru: Programa de humanização da assistência multiprofissional ao recém-nascido prematuro e/ou baixo peso*, MARTINEZ, FREITAS e NEVES expõem a realização profissional dos médicos, ao constatarem, através da implementação do Método Canguru, um melhor desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros internados através de uma evolução ponderal mais rápida e do equilíbrio emocional proporcionado pelo vínculo afetivo entre mãe-filho.

Em *Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez*, FERREIRA e CAMPANA vêem a DHEG como uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna, caracterizando este trabalho como Estudo de Caso, observando-se a presença de fatores de risco, sintomas, tratamento, acompanhamento e intervenções médicas e notando, principalmente, a importância da assistência de enfermagem tanto no pré-natal como durante a internação hospitalar para essas gestantes acometidas com essa patologia.

No artigo *A função terapêutica fonoaudiológica nas patologias progressivas infantis*, STRUMIELLO demonstra o resultado de uma pesquisa que pretende contribuir para a construção de uma metodologia própria da clínica fonoaudiológica que esteja comprometida com o paciente. O estudo conclui que a experiência clínica e a fundamentação teórica consistente do terapeuta são essenciais na clínica Fonoaudiológica aqui proposta.

TAUBE, em *Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos, por Ezio Flavio Bazzo*, tece comentários sobre a obra desse autor, demonstrando que a relação existente entre o trabalho e o sofrimento psíquico traz conseqüências agravantes à saúde mental dos trabalhadores, principalmente aos funcionários públicos. A relevância deste artigo se deve, principalmente, ao fato de que até bem pouco tempo não se ousava discutir em público, ou em nível de publicações científicas, os transtornos mentais ocasionados pela insatisfação decorrentes do trabalho, gerando doenças psicossomáticas e distúrbios mentais.

Em *Comportamento motor de crianças com paralisia cerebral*, GAETAN, NISHIDA, VICENTIN, SANTOS e ROYER se propõem a avaliar crianças com Paralisia Cerebral (PC), classificadas como diplégicas e quadriplégicas, por meio da escala GMFM nas dimensões: deitar e rolar (A), sentar (B), engatinhar e ajoelhar (C), em pé (D) e andar, correr e pular (E), e comparar os resultados entre os grupos.

No trabalho intitulado *Influência da estocagem da solução de ácido clorídrico na determinação da capacidade tampão da saliva*, MARCOTTI, MACEDO e KOTAKA expõem a realização de um estudo

comparativo da determinação da capacidade tampão de 117 amostras de saliva utilizando a fita indicadora de pH e verificando se a solução diluída de ácido clorídrico utilizada na técnica influencia o resultado final da capacidade tampão da saliva.

Em *Perfil de pacientes acamados da Unidade de Saúde Quebec, em Maringá - Paraná*, SCIPIONI, DUARTE, CAPELINI, MICHELIM e MALEZAN traçam o perfil de pacientes (na maioria idosos que se encontram acamados) que necessitam de atendimento domiciliar, observando, em sua pesquisa, que a média geral de acometimentos associados foi um traço importante do perfil, objetivando, com os resultados, que no futuro se possa elaborar boas condutas de tratamento e prevenção.

Em *“Home Care” baseado em evidências*, TIOSSI e MARIN apresentam um trabalho que enfoca a Assistência Domiciliar, evidenciando origem, serviços prestados e resultados encontrados à satisfação dos usuários, custos e qualidade da assistência.

No artigo *A Psicologia e o esporte: uma união imprescindível*, ROSSI e MAESTRI demonstram o resultado de uma pesquisa que pretende contribuir sobre a relação entre a psicologia e o esporte e tem por objetivo apresentar os vários enfoques do esporte e tipos de atletas derivados desses enfoques. Além disso, identificam a importância da presença do psicólogo no treinamento individual e nas equipes esportivas, juntamente com a descrição das funções deste profissional no treinamento das habilidades psicológicas.

VICTOR e MATSUDA, em *A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes*, tecem comentários sobre o levantamento de informações a respeito do conteúdo e das formas como a comunicação se processa entre a equipe médica e os visitantes de uma UTI-adulto, chegando à conclusão de que os dados apontam que o processo de comunicação entre essa equipe e os visitantes da UTI pesquisada necessita ser melhorado.

Em *Como elaborar resenhas*, BELMONT expõe de maneira simples e funcional quais os passos a serem seguidos e configurados para a elaboração de resenhas exigidas em cursos universitários, fazendo uma

análise prática do livro *Como ordenar as idéias*, de Edvaldo Boaventura (Editora Ática).

No trabalho intitulado *A linguagem e os problemas de competência pragmática e competência lingüística na interpretação semântica das Escrituras*, PINTO objetiva levantar alguns questionamentos sobre os critérios usados nas traduções das Escrituras, levando-se, ainda, em consideração, que toda tradução da Bíblia, ainda que levada a termo por íntegros peritos bíblicos, é por um lado trabalho humano e, como tal, sujeito a equívocos; por outro lado, é também suscetível de melhorias. Assim, visando a contribuir de alguma forma na área de tradução, o autor faz uma breve reflexão sobre algumas questões que acredita deverem ser repensadas por alguns especialistas da área de tradução bíblica.

Em *A Indústria Cultural: considerações sobre a utilização da arte, pela mídia, como instrumento de alienação e massificação*, MOLINA discorre sobre a massificação da cultura, através da produção em série, destituindo da arte o seu caráter emancipatório, alienando os indivíduos, através de programas televisivos, do rádio e da música. Esses instrumentos de comunicação, segundo o autor, são sempre direcionados pela mídia, induzindo ao consumo de uma forma aliciadora e acrítica. A partir dessas discussões, pode-se perceber que, além de utilizar a arte como mercadoria, a indústria cultural consegue inculcar nas pessoas a ideologia dominante da sociedade capitalista.

E, por fim, MATOS, em *O discurso da/na Educação: Parâmetros Curriculares Nacional – PCN*, analisa as cartas que o Ministério da Educação e do Desporto direciona aos professores em diferentes níveis de atuação: Ensino Fundamental e Ensino Médio para apresentar-lhes o documento que explicita a proposta de reorganização curricular nacional, encontrando na análise das cartas um discurso político sustentado pela formação ideológica e uma proposta fragmentada na crença de que o documento é a garantia de competência no trabalho educacional.

Agradecemos a todos aqueles que nos apoiaram e dedicaram os seus esforços (que não foram poucos) para que esta idéia fosse viabilizada e se transformasse num marco histórico que muito nos orgulha e envaidece.

Da mesma forma, aos autores dos artigos aqui apresentados, todo nosso respeito e admiração e que continuem a nos prestigiar.

Prof. Ney Stival
Editor

SUMÁRIO

ARTIGOS

Carnitina – Metabolismo, funções e potencial terapêutico

Gisele Lopes BERTOLINI 15

Método Canguru: Programa de humanização da assistência multiprofissional ao recém-nascido prematuro e/ou baixo peso

Hilton Vizi MARTINEZ; Edilaine Aparecida FREITAS; Fabrícia Adriana Mazzo NEVES 35

Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez

Mari Elen FERREIRA; Hellen Carla Rickli CAMPANA 39

A função terapêutica fonoaudiológica nas patologias progressivas infantis

Lisiane Flores de Oliveira STRUMIELLO 47

Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos, por Ezio Flavio Bazzo

Oswaldo Luiz Stamato TAUBE 59

Comportamento motor de crianças com paralisia cerebral

Eliane Newes GAETAN; Ana Paula NISHIDA; Daniele Herrero VICENTIN; Lizandra Camila SANTOS; Schirlei Taís ROYER..... 63

Influência da estocagem da solução de ácido clorídrico na determinação da capacidade tampão da saliva

Alexandra Regina MARCOTTI; Camila Toigo MACEDO; Cinthia Regiane KOTAKA 69

Perfil de pacientes acamados da Unidade de Saúde Quebec, em Maringá - Paraná

Gabriela SCIPIONI; Elaine Cristina DUARTE; Juliana Cerqueira CAPELINI; Vivian Giovana MICHELIM; William Rafael MALEZAN..... 77

Home Care baseado em evidências

Marta TIOSSI; Alessandra MARIN 87

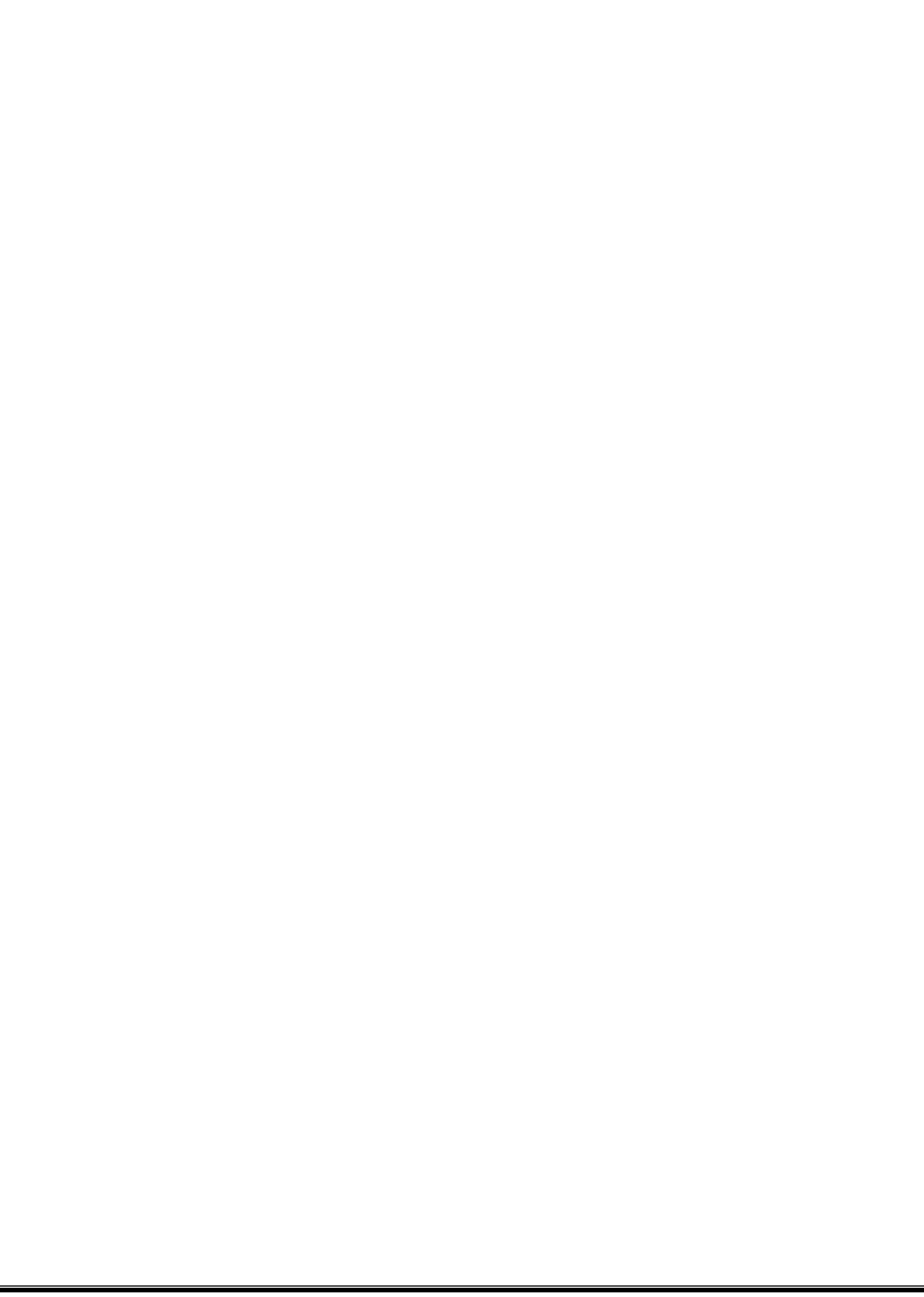
A Psicologia e o esporte: uma união imprescindível

Fernanda da Luz Costa ROSSI; Marcos MAESTRI..... 93

A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes

Ana Cleide Soares VICTOR; Laura Misue MATSUDA..... 105

Como elaborar resenhas <i>Rejane Cléia Canonice BELMONT</i>	115
A linguagem e os problemas de competência pragmática e competência lingüística na interpretação semântica das Escrituras <i>Alexandre Israel PINTO</i>	119
A Indústria Cultural: considerações sobre a utilização da arte, pela mídia, como instrumento de alienação e massificação <i>Adão Aparecido MOLINA</i>	127
O discurso da/na Educação: Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN <i>Cleusa Maria Alves MATOS</i>	135
NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS PARA PUBLICAÇÃO NA “REVISTA UNINGÁ”	145



Artigos

As competências das inteligências múltiplas através da comunicação no jogo do PAS –

NEY STIVAL(UNINGÁ)¹
HILDA MASSAKO TAURA(UNINGÁ)²
THAYSA BEATRIZ MAIA STIVAL (UNINGÁ)³
ADRIANA SHIZUE KADOWAKI (UNINGÁ)⁴

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo participativo e exploratório, como proposta de estabelecimento de um método educativo, através da capacitação contínua dos 20 (vinte) alfabetizadores do PAS - Programa Alfabetização Solidária -, para aplicação do conhecimento adquirido aos alfabetizandos nas salas de aula. Desta forma, nas capacitações *in loco*, os alfabetizadores foram orientados para aplicar aos alfabetizandos os jogos de comunicação que envolveram as inteligências múltiplas com vários eixos temáticos, os quais foram desenvolvidas em sincronia com os objetivos e as atividades previstos no PAS. Estes jogos de comunicação foram escolhidos devido à sua adequação ao processo de alfabetização. O presente trabalho foi desenvolvido durante o módulo XIV e está em aplicação no módulo XV, compondo o conjunto de 20 jogos que foram e estão sendo aplicados nas salas. Ao abordar as competências das inteligências múltiplas da comunicação no jogo, observa-se que, apesar de suas especificidades, elas possuem formas flexíveis de serem aplicadas e que as relações entre sons, letras, expressões etc. nem sempre apresentam relações biunívocas, constituindo-se, por isso mesmo, em aspectos a serem superados no domínio da comunicação. A partir de aspectos

¹ Professor Mestre, Faculdade Ingá - UNINGÁ - nstival@uninga.br;

² Professora Doutora, Faculdade Ingá - UNINGÁ - hmtaura@uol.com.br;

³ Professora Especialista, Faculdade Ingá - UNINGÁ - thaysa.bea@ig.com.br

⁴ Acadêmica de Odontologia, Faculdade Ingá - UNINGÁ - drikadowaki@yahoo.com.br

explorados no presente trabalho, foi possível apontar para alguns encaminhamentos pedagógicos, permeando-se entre eles a preocupação de garantir ao alfabetizando um desempenho eficiente da fala e da escrita nas reais situações em que tal desempenho se faça necessário.

INTRODUÇÃO

O homem já passou por várias épocas que marcaram acontecimentos e que servem de base ao cômputo dos anos. A vida mudou com a era da agricultura, que teve duração aproximadamente de 6.000 anos, durante os quais a vida em si mesma e seus valores estavam estruturados em função da organização do alimento. Na era industrial, que durou aproximadamente 300 anos, enfocava-se o produto, com a educação centrada no ensino do fato (DRUCKER, 1993).

Na era da informação, a ênfase se deslocou para a prestação de serviços, com a educação voltada para a formação de alunos capazes de construir sua própria aprendizagem.

Para esse período, que tem o elemento susceptível de ser transmitido e conservado graças a um suporte e um código, a comunicação passa a ser a mola fundamental nessa educação.

O mundo da comunicação é caracterizado por atributos como: interatividade, mobilidade, convertibilidade, interconectividade, globalização e velocidade, características essas que têm solicitado do indivíduo modificações nas suas atitudes.

No século XXI, estamos vivendo mudanças significativas de valores. Não haverá mais, no conceito nacionalista que nos orienta até agora, produtos, tecnologias, empresas, economias ou indústrias somente nacionais. O que de verdadeiramente nacional deve persistir será o povo, constituído por seus cidadãos. A capacidade e a sagacidade de cada cidadão serão o recurso principal de cada nação.

A comunicação sempre fez parte da história do homem e no século em que vivemos a evolução nesse campo é contada em minutos de maneira que é difícil de ser entendido, pois as condições de vida que estamos compartilhando é sempre aquela que se está vivendo no momento, mas a rapidez e a amplitude destas mudanças, em um cenário caracterizado anteriormente pela frieza das taxas de progresso, sugere que estamos vivendo em meio a uma revolução. Uma revolução significativamente diferente das revoluções passadas. Em primeiro lugar, porque seu principal agente não é a violência, mas a comunicação. E, uma

vez que os fins são sempre inerentes aos meios, também é diferente esse tipo de revolução. Estas são diferenças profundas no processo de mudança histórica, diferenças que dão um novo significado à idéia da revolução nas comunicações.

Estudos revelam três categorias de trabalho necessárias na sociedade do futuro: serviços rotineiros de produção, serviços feitos pessoa-a-pessoa e serviços analítico-simbólicos. Deduz-se, como consequência natural de um princípio ou de um fato, que o tipo de educação oferecida pelas escolas, atualmente, atende às duas primeiras categorias. Mas é da terceira categoria que dependerão a competitividade e o bem-estar de cada nação. Os profissionais que lidarão com serviços analítico-simbólicos atuarão com manipulação de símbolos (dados, palavras, representações orais e visuais) em três tipos de atividade: identificação de problemas, solução de problemas e diligenciamento estratégico. Demonstra, assim, que a educação formal do principiante analista-simbólico exige quatro capacidades básicas: abstração, pensamento sistêmico, experimentação e colaboração.

Postman (1996), escrevendo sobre os propósitos da educação, lembra que os grandes pensadores do passado acreditavam haver uma idéia social, política ou espiritual transcendente que tinha que ser alcançada através da educação, ao passo que o currículo das escolas no mundo atual é o ideal do tecnocrata, planejado para preparar a pessoa que tem apenas habilidades, moldando um ser sem compromisso, sem ponto de vista, sem uma postura moral, social ou intelectual, mas com muitas habilidades. Segundo o autor, uma educação para o futuro é a que enfatiza o modo científico do pensamento, o uso disciplinado da linguagem, a história e um amplo conhecimento das artes e da religião.

Os novos paradigmas para a educação consideram que os indivíduos devem ser preparados para conviver numa sociedade em constantes mudanças, assim como devem ser os construtores do seu conhecimento e, portanto, serem sujeitos ativos deste processo onde a "intuição" e a "descoberta" são elementos privilegiados desta construção. Neste modelo educacional, os professores deixam de ser os entregadores principais da informação, passando a atuar como facilitadores do processo de aprendizagem, onde o aprender a aprender é privilegiado em detrimento da memorização de fatos. O indivíduo deve ser visto como um ser "total" e, como tal, possuidor de inteligências outras que não somente a lingüística e a lógico-matemática. Outras inteligências devem ser

desenvolvidas como a espacial, a corporal, a musical, a interpessoal e a intrapessoal, como argumenta Gardner et al.(1998).

Esse autor busca superar a noção comum de inteligência como uma capacidade geral ou potencial que cada ser humano possui em maior ou menor grau, além de questionar que a inteligência, independente de sua definição, pode ser medida através de instrumentos verbais padronizados, tais como respostas curtas e testes com lápis e papel. Seu ponto de vista considera que a cognição humana, para ser estudada em sua totalidade, precisa abarcar competências que normalmente são desconsideradas e que os instrumentos para medição dessas competências não podem ser reduzidos a métodos verbais que se baseiam fortemente em habilidades lingüísticas e lógico-matemáticas.

De acordo com pensadores, como Ernst Cassirer, Susanne Langer e Alfred North Whitehead, a habilidade dos seres humanos de usar vários veículos simbólicos para expressar e comunicar significados distingue os humanos (GARDNER et al, 1998).

O uso de símbolos tem sido marcante na evolução da natureza humana, dando origem ao mito, à linguagem, às artes e à ciência. Desta perspectiva pode-se falar de dois paradigmas filosóficos. Inicialmente, o interesse dos tempos clássicos por objetos do mundo físico foi substituído pela preocupação com a mente e seus objetos, que estão associados a Hume, Kant e outros pensadores ingleses. No século XX, contudo, o foco foi novamente alterado para os veículos simbólicos do pensamento. Dessa forma, muito do trabalho filosófico contemporâneo dirige-se para o entendimento da linguagem, da matemática, das artes visuais, dos gestos e outros sistemas simbólicos (GARDNER, 2000).

Gardner classifica as inteligências em sete achados científicos, para fins de construção científica e não como essência de uma coisa fisicamente verificável.

Embora a teoria das múltiplas inteligências baseie-se em pesquisas da biologia e da psicologia, é na educação que ela tem encontrado sua mais bem acolhida e a comunicação contempla a prática dessas inteligências.

Partindo da comunicação como um jogo educativo, objetivou-se tirar as atividades lúdicas do exclusivo domínio do lazer e acrescentarmos aos conteúdos programáticos com forma e cunho educativo.

METODOLOGIA

A Faculdade Ingá - UNINGÁ, em convênio com o Conselho da Comunidade Solidária, coordena o desenvolvimento do PAS – Programa Alfabetização Solidária - nos municípios de Santa Rosa de Lima e Muribeca, no Estado de Sergipe.

O presente trabalho trata-se de um estudo participativo e exploratório, como proposta de estabelecimento de um método educativo, através da capacitação contínua dos 20 (vinte) alfabetizadores do PAS, para aplicação do conhecimento adquirido aos alfabetizandos nas salas de aula.

Desta forma, nas capacitações *in loco*, os alfabetizadores foram orientados para aplicar aos alfabetizandos os jogos de comunicação adaptados de Piccolotto (1983), que possibilita integrar as inteligências múltiplas aos vários eixos temáticos, os quais foram desenvolvidos em sincronia com os objetivos e as atividades previstos no PAS. Estes jogos de comunicação foram escolhidos devido à sua adequação ao processo de alfabetização de jovens e adultos.

O presente trabalho foi desenvolvido durante o módulo XIV e está em aplicação no módulo XV, compondo o conjunto de 20 jogos que foram e estão sendo aplicados nas salas.

Takahashi e Peres (2000) observam que para o sucesso da aplicação dos jogos é necessário o preparo e o aquecimento dos participantes, cabendo ao alfabetizador expor sobre os objetivos, preparação e desenvolvimento a serem adotados. Neste sentido, no primeiro encontro os alfabetizandos são orientados sobre o objetivo do trabalho, sobre as regras do jogo e a importância da comunicação.

Seguem alguns jogos que foram aplicados nas salas de alfabetização:

Jogo 1: O QUE SERÁ?

Objetivo: aperfeiçoamento da capacidade de compreensão e retenção.

Material: dispor, em uma caixa, uma série de objetos (mesmo que sejam em miniatura) que podem ser considerados característicos de certas profissões, como martelo, apito, seringa, agulha e linha, enxada, pá, pincel, balde etc. Serão necessários lápis e papel.

Preparação: dividir os alfabetizandos em pequenos grupos, certificando-se de que todos tenham papel e lápis.

Desenvolvimento: caberá ao alfabetizador percorrer as diversas equipes, expondo a cada uma delas o conteúdo da caixa. Os membros dos grupos deverão estar atentos nesta fase do jogo, pois, na seguinte, a ser iniciada através de um sinal, terão que elaborar, baseados unicamente na memória, uma relação das profissões às quais os objetos observados pertencem.

Avaliação: será vencedora a equipe que apresentar o menor número de lacunas.

Jogo 2: ORQUESTRA MALUCA

Objetivo: compreensão da linguagem mímica e atenção, buscando-se desenvolver, igualmente, a criatividade.

Preparação: dispor os alfabetizandos em círculos.

Desenvolvimento: caberá aos alfabetizandos, com recurso da linguagem mímica, imaginarem que tocam um instrumento musical qualquer. Um deles poderá ser escolhido para dar início às atividades, simulando executar o instrumento que imaginou. Transcorrido um tempo considerado suficiente para a identificação do objeto, o mesmo participante deverá, também por representação mímica, chamar um de seus companheiros imitando seu instrumento. O companheiro, atento ao chamado, realizará os movimentos de seu instrumento e chamará um outro da mesma forma que o primeiro. Todos os componentes deverão estar atentos aos chamados, inclusive os que atuaram, pois o processo se repetirá. O jogo se desenvolve com rapidez, sendo desclassificado aquele que não conseguir acompanhar devidamente o ritmo médio.

Avaliação: sagram-se vencedores os que se mantiverem até o final do exercício.

Jogo 3: GINÁSTICA MENTAL

Objetivo: aprimoramento da compreensão de mensagens.

Material: quadro-negro, giz, papel e lápis.

Preparação: distribuir os participantes em grupos, devendo possuir, cada um de seus membros, lápis e papel.

Desenvolvimento: o alfabetizador elaborará um problema a ser colocado na lousa. Desenhar cinco casas no quadro e lançar a pergunta: “Qual o morador da quarta casa?” Levantam-se, a seguir, dados sobre os habitantes das demais residências, como: _ na primeira casa mora um padeiro; _ ao lado do padeiro mora um eletricista; _ o eletricista conversa

muito com o agricultor que mora na última casa; _ o agricultor é amigo do pedreiro que é vizinho do electricista; _ entre o pedreiro e o agricultor mora um professor.

Varição: a fim de aumentar a complexidade do exercício, o alfabetizador acrescenta dados que particularizem os tipos, incluindo informações fornecidas sobre cada um.

Avaliação: tem-se como vencedor o grupo que chegar, antes dos outros, à resposta correta.

Jogo 4: ESTÁTUAS MÓVEIS

Objetivo: aperfeiçoamento da compreensão de mensagens.

Material: quadro-negro e giz.

Preparação: distribuir os participantes em grupos. Escrever no quadro-negro uma a uma as palavras que expressam sentimentos como: amor, ódio, carinho, raiva, alegria, tristeza. Para tanto, destacar uma equipe que, gesticulando, levará as demais a identificarem a mensagem que está sendo transmitida, associando a que está escrita no quadro-negro.

Avaliação: recebe um ponto a equipe que conseguir ligar o nome do sentimento à forma através da qual foi expresso.

Jogo 5: O ENIGMA

Objetivo: desenvolver a leitura, as habilidades gráficas, assim como vivacidade de raciocínio como recurso expressional.

Material: folhas de papel e lápis.

Preparação: agrupar os alfabetizados em pequenas equipes, atentando para que todas tenham em mãos o lápis e o papel.

Desenvolvimento: o alfabetizador constrói uma carta enigmática em termos simplificados, substituindo palavra por ícone, apresentando-a aos participantes.

Avaliação: a atribuição de pontos será conferida à equipe que concluir antes das outras a montagem do texto.

Jogo 6: O QUE DIRIA PITÁGORAS?

Objetivo: aperfeiçoamento da expressão oral.

Material: quadro-negro e giz.

Preparação: os alfabetizados deverão ser divididos em duas equipes.

Desenvolvimento: o alfabetizador se dirigirá a uma das equipes segredando-lhe o nome de uma figura geométrica qualquer. Tendo conhecimento do que lhes coube, os elementos deste grupo, depois de

reservarem alguns minutos à discussão, redige oralmente e no menor número de palavras possível uma definição da figura indicada, expondo-a a seguir aos oponentes, cuja tarefa consistirá em identificar o que foi descrito. Trocam-se, posteriormente, os papéis.

Avaliação: será conferido um ponto ao grupo que tiver sua mensagem decifrada, pois isto reflete a precisão com que ela foi elaborada.

Jogo 7: POR FAVOR, SR. GARÇOM!

Objetivo: aprimoramento da expressão oral com o desenvolvimento concomitante da capacidade de retenção e compreensão de mensagens.

Preparação: dividir os alfabetizandos em grupos e colocá-los em círculos.

Desenvolvimento: designar um membro de cada equipe para representar o papel de garçom, junto aos demais grupos que, na distribuição das funções, farão o papel de fregueses. A tarefa dos garçons consistirá em se dirigir às equipes vizinhas e perguntar de que desejariam se servir, como se estivessem em um restaurante. Com adequado nível de concentração, os que simulam o trabalho de garçom deverão reter na memória os pedidos formulados e apresentá-los, em uma segunda etapa, ao alfabetizador. O jogo segue em ritmo até que todos tenham desempenhado o papel de garçom.

Avaliação: as equipes receberão pontos toda vez que os alfabetizandos caracterizados como garçons executarem satisfatoriamente seu trabalho, isto é, que ao apresentarem a relação de pedidos ao alfabetizador, expressem claramente, não omitindo nenhuma das solicitações feitas.

Jogo 8: AGÊNCIA PUBLICITÁRIA

Objetivo: aprimoramento da expressão oral e desenvolvimento da criatividade.

Material: figuras de artigos de consumo, caixa de papelão.

Preparação: dividir os participantes em grupos.

Desenvolvimento: cada equipe retira uma figura da caixa de papelão e monta uma propaganda cujo objetivo é divulgar tal artigo junto ao consumidor. Tendo elaborado os termos da propaganda, deverá adaptá-la a um veículo de divulgação que se acredita poder utilizar (televisão, satélite, ou outro meio qualquer, de comunicação de massa).

Avaliação: receberá um ponto positivo o grupo que apresentar o melhor trabalho, podendo-se efetuar julgamentos relacionados a conteúdo, extensão etc.

Jogo 9: JOGO DO ALINHAVO

Objetivo: verificação do domínio de vocabulário, através de expressão escrita, aliado à adequação ortográfica.

Material: lápis e papel, onde se encontra assinalada uma palavra qualquer, diferente para cada equipe.

Preparação: agrupar os alfabetizandos em equipes (com os mesmo número de elementos), dispostas em círculos, e entregar a cada uma delas as folhas contendo os termos de partida.

Desenvolvimento: a tarefa de cada grupo será a de procurar uma nova palavra cuja sílaba inicial seja a mesma que a última do termo de saída. Assim, partindo-se da hipótese de que a palavra dada tenha sido *doce*, sendo sua última sílaba *ce*, o termo a ser construído pelo grupo deverá se iniciar com a mesma sílaba, como *cebola...* Após o primeiro elemento formar a nova palavra, deverá passar para o seu vizinho e assim sucessivamente.

Avaliação: o ponto poderá ser dado para a equipe que completar o círculo no menor espaço de tempo, sem erros.

RESULTADOS

A partir do presente trabalho, pode-se alertar para alguns pontos importantes relacionados ao letramento.

Os resultados encontrados lembra-nos do surgimento dos sistemas gráficos, os quais se desenvolveram a partir de necessidades sociais. Cabe a proposta de Vygotski (1988), que o ensino da escrita deva ser organizado de modo a que se torne relevante e necessária ao adulto não alfabetizado. Para isso, é necessário que se aproveitem e planejem situações onde a escrita esteja presente ou se faça necessária e que tais situações se constituam em subsídios fundamentais a um desenvolvimento natural no domínio da escrita.

Observou-se o uso da ortografia como a mola mestra nas produções de texto. Ressalta-se, assim, a necessidade de se trabalhar com o processo global e não apenas com o da ortografia, como é freqüente acontecer na prática pedagógica.

Verificou-se a presença de contextualização na execução dos jogos, com a presença do alfabetizador como interlocutor e da sustentação do gesto, da expressão oral, da memória, enfim, das competências das inteligências múltiplas. Denotou-se, pois, a preocupação do alfabetizador

em ajudar o alfabetizando a progredir nesse sentido, conduzindo-os para que atuem como comunicadores sociais, para esses serem, na seqüência, leitores e revisores do seu próprio texto, mesmo que sejam somente palavras.

Considere-se, ainda, que as sociedades usam a comunicação com propósitos múltiplos e que tais usos implicam em domínios lingüísticos específicos. Constatou-se que este está atrelado à realidade em que o adulto vive e que o objetivo do destinatário foi trabalhado.

Organizando seus procedimentos pedagógicos no jogo, o professor há que se preocupar em ajudar o alfabetizando a usar com adequação a linguagem oral e escrita.

Cabe, aqui, a observação de Halliday (1974): “o ensino da língua materna deve relacionar e ser visto, como o modo como usamos a linguagem para viver”.

CONCLUSÃO

Ao abordar as competências das inteligências múltiplas da comunicação no jogo, observa-se que, apesar de suas especificidades, elas possuem formas flexíveis de serem aplicadas e que as relações entre sons, letras, expressões etc. nem sempre apresentam relações biunívocas, constituindo-se, por isso mesmo, em aspectos a serem superados no domínio da comunicação.

A partir de aspectos explorados no presente trabalho, foi possível apontar para alguns encaminhamentos pedagógicos, permeando-se entre eles a preocupação de garantir ao alfabetizando um desempenho eficiente da fala e da escrita nas reais situações em que tal desempenho se faça necessário.

REFERÊNCIAS

DRUCKER, P.F. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneira, 1993.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas: a teoria na prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GARDNER, H. et al **Inteligência: múltiplas perspectivas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

HALLIDAY, M. A. K. et al. **As ciências lingüísticas e o ensino de línguas.** Trad. de Myriam F. Morau. Petrópolis: Vozes, 1974.

PICCOLOTTO, L. et al **A comunicação em jogo.** São Paulo: Loyola, 1983.

POSTMAN, N. **The end of education:** redefining the decline of democracy. Vintage: Books, 1996.

TAKAHASHI, R.T.; PERES, H.H.C. Os jogos como estratégia criativa para o ensino de administração em enfermagem. *Rev. Paulista de Enfermagem*, v. 19, n.1, jan./abr. 2000, p. 19-23.

VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Trad. de J. Cipolla Neto et al. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

Efeitos do ultra-som terapêutico em edema traumático agudo em patas de ratos

GLADSON RICARDO FLOR BERTOLINI (UNIOESTE)¹
CARLOS EDUARDO DE ALBUQUERQUE (UNIOESTE)²
THIAGO MENON (G-UNIOESTE)³
KARINE PAULA DASSOLER (G-UNIOESTE)³

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo comparar e analisar os efeitos do ultra-som terapêutico contínuo e pulsado sobre o edema traumático agudo em patas de ratos. Foram utilizados 17 ratos Wistar, divididos em 3 grupos: G1-ultra-som contínuo, 0,5 W/cm²; G2-ultra-som pulsado, 2,5 W/cm²-SATP (0,5W/cm²-SATA); G3-controle. Inicialmente, o volume das patas posteriores esquerdas foram avaliados e submetidas à lesão traumática. Após 10 min., o volume foi novamente medido. Seguiram-se as aplicações terapêuticas, sendo feitas reavaliações em 20 e 40 min. após a lesão. Os resultados comparativos entre as avaliações e reavaliações mostraram para G1 um aumento no edema em 23,26% (p=0,0001); G2 o edema final apresentou ganho de 18,02% (p=0,0022); G3 ganho de 35,44% (p=0,0002). Conclui-se que o ultra-som não foi eficaz na diminuição do edema traumático, porém desacelerou o desenvolvimento deste.

Palavras-chave: Ultra-som terapêutico. Edema traumático. Lesão traumática.

¹Docente da UNIOESTE - e-mail: gladson@unioeste.br

²Docente da UNIOESTE

³Acadêmicos da Graduação - UNIOESTE

INTRODUÇÃO

A fase inflamatória aguda se caracteriza pelo predomínio de fenômenos exsudativos, conseqüentes a alterações da permeabilidade vascular, permitindo o acúmulo de líquido na região inflamada (edema), fibrina, elementos celulares e humorais. No sentido clínico, o processo inflamatório é acompanhado de dor, calor, rubor, edema e perda funcional (ROSA; NUNES; OLIVEIRA, 2002).

A formação do edema pode comprimir terminações nervosas induzindo o ciclo dor-espasmo-dor que reduzirá a força muscular e a amplitude de movimento, comprometendo a funcionalidade da estrutura (KNIGHT, 2000).

O exsudato acumula-se entre várias camadas de tecido do membro, com resultante fibrose tecidual e adesões. O edema que persiste por semanas conseqüentes de traumas é um problema para a reabilitação, pois contribui para a dor, decréscimo de movimento e edema adicional. Dessa forma, a identificação de métodos efetivos para redução do edema pode acelerar a recuperação, reduzindo os custos da reabilitação (GRIFFIN et al., 1990).

Dentre as possibilidades de tratamento, situa-se o uso de ultra-som terapêutico. Este possui ações como: aumento da síntese de colágeno e melhora na agregação e alinhamento das fibras tendíneas (CUNHA; PARIZOTTO; VIDAL, 2001), fibrinólise (SUCHKOVA; CARSTENSEN; FRANCIS, 2002), estímulo à proliferação tecidual (WILTINK et al., 1995) e influência na atividade celular levando à aceleração do reparo (YOUNG, 2003).

O ultra-som pode apresentar-se na forma contínua e pulsada. Para esta última, a dosimetria deve ser avaliada na forma de média temporal e espacial SATA (STARKEY, 2001), e apenas doses superiores a 0,5 W/cm² (SATA) são consideradas térmicas, o que pode influenciar negativamente na redução de edema agudo (YOUNG, 2003). O objetivo deste estudo foi comparar e analisar os efeitos do ultra-som terapêutico contínuo e pulsado, com densidade de potência similar, em edema traumático agudo em patas de ratos.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O experimento realizou-se no Laboratório de Estudo das Lesões e Recursos Terapêuticos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná

(UNIOESTE). Foram utilizados 17 ratos Wistar, machos, com idade média de 12 ± 2 semanas e peso de 250 ± 30 g.

Os animais foram divididos aleatoriamente em três grupos, sendo que: G1 (n=6) teve a pata esquerda tratada com ultra-som contínuo, $0,5 \text{ W/cm}^2$, durante 5 min.; em G2 (n=6) a aplicação foi na forma pulsada, $2,5 \text{ W/cm}^2$ -SATP ($0,5 \text{ W/cm}^2$ -SATA), durante 5 minutos e G3 (n=5) foi o grupo controle, no qual foi realizado o trauma, porém não houve nenhuma forma de tratamento.

Inicialmente, o animal era anestesiado com éter etílico. Em seguida, era realizada a primeira mensuração de sua pata através do método de hidropletismografia, ou seja, deslocamento de água em um recipiente graduado. Utilizou-se uma proveta onde a pata do animal era inserida e o deslocamento inicial marcado com uma caneta (figura 1).



Figura 1 - verificação do deslocamento de água

Para produção do edema traumático foi utilizado um equipamento projetado pelo Departamento de Engenharia Civil da UNIOESTE. O mesmo consistia em um peso partindo sempre de uma mesma altura inicial e caía sobre a face plantar da pata posterior esquerda do animal, devidamente posicionada, perfazendo uma energia de impacto de $0,46 \text{ J}$ (figura 2).



Figura 2 - mecanismo de trauma na pata posterior esquerda

Após dez minutos da realização da lesão, o animal seguia para a segunda mensuração, de forma semelhante à inicial, sendo feita nova marcação com a caneta. Em seguida, posicionava-se o animal em uma bacia com água na qual a pata esquerda era imersa e realizava-se a aplicação do ultra-som terapêutico, por cinco minutos (figura 3), o qual possuía certificado de calibração válido durante o período da pesquisa.



Figura 3 - aplicação do ultra-som terapêutico na face plantar lesionada

Após 20 minutos da lesão, era realizada nova mensuração da pata do animal verificando se houve ou não ação do ultra-som sobre o edema. Então, após mais 20 minutos, realizava-se a última mensuração com o intuito de verificar se houve alguma progressão, estacionamento ou redução do edema. Tais etapas foram realizadas com todos os animais dos grupos 1 e 2.

Os animais do grupo controle seguiram as etapas precedentes, porém, ao invés de receberem aplicação do ultra-som, permaneciam em repouso e realizavam as mensurações para verificar a evolução do edema.

Os resultados foram avaliados, segundo a estatística descritiva e o teste *t*, do programa *Excell 2000 Microsoft Office*.

RESULTADOS

Para G1, o volume deslocado (média \pm desvio padrão) inicialmente foi de $1,72 \pm 0,13$ ml; após 10 min., $1,98 \pm 0,12$ ml (+15,12%, $p=0,0041$); após 20 min., $2,07 \pm 0,08$ ml (+4,54%, $p=0,1828$); e, após 40 min., $2,12 \pm 0,10$ ml (+2,41%, $p=0,3605$). Ao comparar o volume inicial com o final, houve variação de 23,26%, ocorrendo variação significativa com relação ao aumento de edema ($p=0,0001$).

Para G2, o volume inicial foi $1,72 \pm 0,13$ ml; após 10 min., $1,92 \pm 0,16$ ml (+11,63%, $p=0,0404$); 20 min., $1,97 \pm 0,08$ ml (+2,60%, $p=0,5113$); e 40 min., $2,03 \pm 0,14$ ml (+3,04%, $p=0,3291$). O volume inicial com relação ao final teve variação de 18,02%, ocorrendo também aumento significativo do edema ($p=0,0022$).

O grupo G3 apresentou valor inicial de $1,58 \pm 0,13$ ml; após 10 min., $1,86 \pm 0,17$ ml (+17,72%, $p=0,0183$); 20 min., $1,92 \pm 0,11$ ml (+3,23%, $p=0,5212$); e 40 min., $2,14 \pm 0,15$ ml (+11,46%, $p=0,0302$). A relação do volume inicial com o final mostrou aumento de 35,44% do volume deslocado, sendo também um aumento significativo ($p=0,0002$).

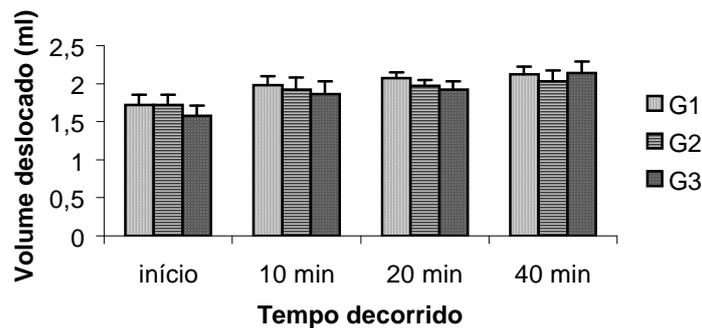


Gráfico 1 - Variação dos volumes deslocados de acordo com o tempo de avaliação

DISCUSSÕES

Edema é o termo usado para descrever o acúmulo de líquido no espaço intercelular, espaços ou cavidades do corpo. Pode ocorrer em um processo localizado ou sistêmico. (COTRAN; KUMAR; ROBBINS, 1991). Segundo Hooker (2002), após a lesão ocorre uma série de eventos que culminam no acúmulo de líquido extracelular e proteínas nos espaços intersticiais. Os efeitos diretos da lesão incluem: morte celular e sangramento, liberação de mediadores químicos e mudanças na corrente elétrica dos tecidos locais.

Apesar de o edema ser uma resposta comum à lesão, isso não o torna menos prejudicial, pois pode provocar uma série de eventos indesejáveis, dentre eles retardo do processo de cicatrização, necrose tecidual e laceração de pequenas estruturas agravando o processo inflamatório (HARRELSON; WEBER; LEAVER-DUNN, 2000).

Segundo Fernandes, Alves e Souza (2003), os tratamentos para tendinite aguda têm por objetivo reduzir a inflamação, minimizando o edema, visando evitar a separação dos feixes de fibras colágenas e a deposição excessiva de tecido cicatricial. Observaram que o ultra-som terapêutico (3 MHz, 1,0 W/cm², contínuo e pulsado) aplicado após 48 horas da lesão, durante 8 sessões, apresentou eficácia na resolução dos sintomas clínicos da tendinite em equinos, sem prejuízo na atividade fibroblástica ou sem qualquer implicação sistêmica.

Menezes, Volpon e Shimano (1997) investigaram o efeito do ultra-som terapêutico (1 MHz, pulsado 1:5, de 0,5 W/cm² SATA), após 3 dias de lesão em reto femoral de coelhos, na reparação muscular utilizando ensaio de tração. Concluíram que o ultra-som nessas circunstâncias melhorou a capacidade de reparação da lesão.

Fisher, Hiller e Rennie (2003) produziram trauma único em gastrocnêmio medial de ratos e realizaram tratamento com ultra-som (870 kHz, 1,0 W/cm², contínuo e pulsado) após 2 dias de trauma, durante 6 dias. Após o 7^o dia, o conteúdo protéico do grupo controle foi maior do que aquele encontrado no grupo de ultra-som contínuo e menor do que o grupo com ultra-som pulsado. Relataram que a disponibilidade de células miogênicas pode ter aumentado com o uso do ultra-som pulsado, concluindo que o ultra-som pulsado parece induzir um efeito anabólico positivo no músculo lesado.

Pereira et al. (1998) utilizaram ultra-som contínuo (1 MHz, 0,2 W/cm²) durante 14 dias em patas de ratos submetidos à artrite experimental, iniciando o tratamento no dia indução da artrite. Observaram que o ultra-som aplicado isoladamente aumentou a hiperalgesia e não interferiu no desenvolvimento do edema quando comparado ao controle.

Ciccone, Leggin e Callamaro (1991) utilizaram 40 voluntários e aplicaram protocolo de exercícios excêntricos, visando o aparecimento de dor tardia pós-exercício, visando avaliar os efeitos do ultra-som e fonoforese com salicilato (1 MHz, 1,5W/cm², contínuo) neste tipo de dor. Observaram que o ultra-som aumentou os sintomas, o que não foi observado no grupo de fonoforese.

No presente trabalho, o uso do ultra-som terapêutico imediato ao trauma não foi eficaz na diminuição do edema, visto que a evolução final foi significativa para todos os grupos. Porém, ao analisar os volumes deslocados após a aplicação, tanto do ultra-som na forma contínua quanto na pulsada, na variação de 20 até 40 minutos, a evolução do edema não foi significativa (p=0,3605 e p=0,3291), enquanto no grupo controle houve significância (p=0,0302). Este fato demonstrou certa tendência em desacelerar a instalação do edema. Acredita-se que tal resultado aconteceu devido a baixa quantidade térmica adicionada com as doses aplicadas, favorecendo, então, principalmente efeitos atérmicos do ultra-som terapêutico, os quais auxiliam no processo inicial de reparo.

CONCLUSÃO

O ultra-som na forma pulsada e contínua, com dose de 0,5 W/cm² de média temporal, não foi eficaz na diminuição do edema traumático, porém desacelerou o desenvolvimento deste, não havendo diferenças nos resultados encontrados entre as duas formas de aplicação terapêutica.

REFERÊNCIAS

CICCONE, C. D.; LEGGIN, B. G.; CALLAMARO, J. J. Effects of ultrasound and trolamine salicylate phonophoresis on delayed-onset muscle soreness. *Physical Therapy*, v. 71, n. 9, p. 666-675, 1991.

COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; ROBBINS, S. L. Distúrbios hídricos e hemodinâmicos. In: _____. **Patologia estrutural e funcional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p. 73-100.

CUNHA, A.; PARIZOTTO, N. A.; VIDAL, B. C. The effect of therapeutic ultrasound on repair of the achilles tendon (*tendo calcaneus*) of the rat. *Ultrasound in Medicine and Biology*, v. 27, n. 12, p. 1691-1696, 2001

FERNANDES, M. A. L.; ALVES, G. E. S.; SOUZA, J. C. A. Efeito do ultra-som terapêutico em tendinite experimental em equinos: estudo clínico, ultra-sonográfico e histológico de dois protocolos. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*, v. 55, n. 1, p. 27-34, 2003.

FISHER, B. D.; HILLER, C. M.; RENNIE, S. G. A. A comparison of continuous ultrasound and pulsed ultrasound on soft tissue injury markers in the rat. *Journal of Physical Therapy Science*, v. 15, n. 2, p. 65-70, 2003.

GRIFFIN, J. W. et al. Reduction of chronic posttraumatic hand edema: a comparison of high voltage pulsed current, intermittent pneumatic compression, and placebo treatments. *Physical Therapy*, v. 70, n. 5, p. 279-286, may. 1990.

HARRELSON, G. L.; WEBER, M. D.; LEAVER-DUNN, D. Uso das modalidades na reabilitação. In: ANDREWS, J. R.; HARRELSON, G. L.; WILK, K. E. **Reabilitação física das lesões desportivas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 61-105.

HOOKER, D. Aparelhos de compressão intermitente. In: PRENTICE, W. **Modalidades terapêuticas em medicina esportiva**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2002. p. 307-319.

KNIGHT, K. L. **Crioterapia no tratamento das lesões desportivas**. São Paulo: Manole, 2000.

MENEZES, D. F.; VOLPON, J. B.; SHIMANO, A. C. Aplicação de ultra-som terapêutico em lesão muscular experimental aguda. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 4, n. 1, p. 27-31, 1997.

ROSA, G. M. M. V.; NUNES, C. B.; OLIVEIRA, J. S. Efeitos fisiológicos da crioterapia na inflamação aguda causada por traumatismo fechado. *Reabilitar*, v. 14, p. 16-22, 2002.

STARKEY, C. **Recursos terapêuticos em fisioterapia**. Barueri: Manole, 2001.

SUCHKOVA, V.; CARSTENSEN, E. L.; FRANCIS, C. W. Ultrasound enhancement of fibrinolysis at frequencies of 27 to 100 kHz. *Ultrasound in Medicine and Biology*, v. 28, n. 3, p. 377-382, 2002.

WILTINK, A. et al. Effect of therapeutic ultrasound on endochondral ossification. *Ultrasound in Medicine and Biology*, v. 21, n. 1, p. 121-127, 1995.

YOUNG, S. Ultra-som. In: _____ **Eletroterapia prática baseada em evidências**. 11. ed., Barueri: Manole, 2003, p. 211-232.

Assistência de enfermagem na doença hipertensiva específica da gravidez

MARI ELEN FERREIRA¹
HELLEN CARLA RICKLI CAMPANA²

RESUMO

A DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. Pode manifestar-se de forma pura, sem antecedentes de hipertensão crônica ou sobreposta a uma doença hipertensiva subjacente. O diagnóstico é feito principalmente por volta da 24ª semana de gestação na presença da tríade clássica: hipertensão, edema e proteinúria, onde é chamada de pré-eclâmpsia; e na presença de convulsões ou coma, de eclâmpsia. Este estudo caracterizou-se como estudo de caso, onde foram coletados dados no prontuário e através de entrevista estruturada do histórico de enfermagem. Pode-se observar a presença de fatores de risco, sintomas, tratamento, acompanhar intervenções médicas e principalmente notar a importância da assistência de enfermagem tanto no pré-natal como durante a internação hospitalar para essas gestantes acometidas com essa patologia.

Palavras-chave: Gestante. Assistência de enfermagem. Hipertensão.

¹ Discente do 3º ano do curso de Enfermagem da Faculdade Ingá - UNINGÁ.

² Professora Auxiliar do Departamento de Enfermagem da Faculdade Ingá - UNINGÁ.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde na gestação podem constituir uma ameaça para a mulher e para o feto, sendo as gestações caracterizadas problemas. São denominados de gestações de alto risco (BURROUGHS, 1995).

Muitos fatores para gestações de risco podem ser detectados no início da gestação. Podem ter causas gerais, como idade materna ou início tardio do pré-natal; obstétricas, como infertilidade, aborto interior ou pré-eclâmpsias, clínicas, como anemia, diabete, doenças sexualmente transmissíveis, ou outras, como tabagismo e uso de drogas.

Para as mulheres cujas gestações estão em risco, a assistência pré-natal tem o papel de identificar precocemente essas anormalidades e proporcionar orientações visando à manutenção da saúde e à prevenção de doenças. A identificação imediata, a avaliação e o manejo dos problemas são essenciais para um bom resultado da gestação e para o bem-estar do feto.

A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é o distúrbio hipertensivo mais comum na gestação, classificada em pré-eclâmpsia e eclâmpsia (BURROUGHS, 1995).

A pré-eclâmpsia é um distúrbio progressivo encontrado apenas na gestação, caracterizado por hipertensão, proteinúria e/ou edema generalizado após última metade da gestação (ZIEGEL e CRANLEY, 1985). A eclâmpsia caracteriza-se pela presença da “convulsão”, o que a denomina como a forma mais severa de DHEG.

A maior parte dos casos de pré-eclâmpsia e de eclâmpsia ocorre após a 20ª semana de gestação. A DHEG, geralmente, termina com o parto, mas ainda pode persistir por 24 a 48 horas após o parto.

A causa exata da DHEG é desconhecida, mas sua incidência atinge cerca 6% de todas as gestações (BURROUGHS, 1995). Este autor coloca os seguintes fatores de risco, que estão associados ao aumento desse índice:

- gestação na adolescência;
- gestação em mulheres com idade acima de 35 anos;
- gestantes com nível socioeconômico baixo;
- gestantes desnutridas;
- primigestas;
- história familiar de hipertensão;
- hipertensão crônica;
- diabete mellitus;
- gestação múltipla (gemelaridade);
- presença de mola hidatiforme;
- hidrânio (excesso de líquido amniótico);
- incompatibilidade Rh com intenso edema fetal).

Os distúrbios hipertensivos da gestação variam em gravidade, bem como os achados clínicos, o que torna a avaliação da enfermagem muito importante para o controle das condições dessa gestante.

Durante uma gestação sem ocorrências, a pressão sangüínea permanece normal e não há proteína na urina.

A maioria das gestantes apresenta edema nas extremidades inferiores. Isso acontece devido à pressão causada pelo útero na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos. O edema das faces e das mãos, entretanto, é um sinal de alerta, pois caracteriza o edema generalizado da hipertensão. Este sinal é primeiramente observado por um ganho de peso de mais do que 900 gramas por semana. No Brasil, já é considerado sinal de alerta gestantes com aumento de peso de 500 gramas por semana. A proteinúria vai demonstrar redução da função urinária, o que também é motivo de preocupação.

Contudo, algumas gestantes com hipertensão ou pré-eclâmpsia são assintomáticas, podendo apresentar pequeno, pouco ou nenhum edema periférico após o repouso na cama. Por esse motivo, a elevação da pressão sanguínea sistólica de 30 mmHg, ou na diastólica de 15 mmHg é também um sinal a ser investigado.

Algumas unidades de saúde utilizam um teste de avaliação para tentar prevenir anormalidades durante a gestação. Essa prova de avaliação é denominada teste de "Role Over" e tem algum valor previsivo na determinação das mulheres que, provavelmente, apresentarão hipertensão na gravidez, o que torna clara mais uma vez a importância do pré-natal para a gestante.

O primeiro distúrbio da DHEG é a vasoconstrição arterial periférica e o espasmo dos vasos, levando a alterações em diversas funções orgânicas maternas. O espasmo das arteríolas leva ao aumento do nível de pressão sanguínea e, finalmente, ao decréscimo do fluxo sanguíneo ao útero e à placenta.

Ocorre também uma alteração nos rins, onde as modificações vasculares renais vão causar uma diminuição do fluxo sanguíneo renal, uma redução na velocidade de filtração glomerular e a conseqüente proteinúria.

As mudanças no sistema nervoso central podem incluir o edema cerebral, que provoca cefaléia e distúrbios de visão. Com o agravamento do problema, desenvolve-se a hiperatividade do reflexo patelar.

As alterações hepáticas incluem aumento do fígado e de tensão na cápsula hepática. Essas alterações provocam dor epigástrica, podendo preceder a eclâmpsia.

Um dos objetivos da assistência de pré-natal é a detecção precoce de sinais de doença hipertensiva, antes que evolua. Por esta razão, o registro do peso da gestante, a verificação de sua pressão arterial e a realização de análise da urina (tendo em vista a proteinúria como um dos principais sintomas) é da maior importância durante as consultas pré-natais.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo destacar a assistência de enfermagem a gestantes com DHEG e sua importância para o bem-estar materno e fetal.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo caracterizou-se como estudo de caso e foi realizado durante bloco prático da disciplina de “Saúde da Mulher II”, do curso de Enfermagem dessa instituição, cuja paciente deu entrada na unidade de internação sob diagnóstico médico de hipertensão, sugestivo de pré-eclâmpsia, em um hospital particular, filantrópico, sem fins lucrativos.

Os dados foram coletados durante a internação hospitalar, através do exame físico, levantamento do prontuário da paciente e de entrevista estruturada do histórico de enfermagem em obstetrícia. O consentimento informado fez parte deste estudo, mantendo o sigilo da identidade da gestante.

RESULTADOS

Gestante Gesta I, 34 semanas de gestação gemelar, 18 anos de idade, solteira, deu entrada na unidade de internação com altura uterina (AU) de 44 cm, data da última menstruação (DUM) em 28/12/02, não sabendo informar a quantas consultas de pré-natal compareceu.

Internou em tratamento clínico sob diagnóstico médico de pré-eclâmpsia, apresentando picos hipertensivos, edema abdominal e em membros inferiores (MMII) com presença de cacifo, não referindo queixas algicas.

A equipe médica optou por interromper a gestação devido ao edema generalizado da paciente e à sua hipertensão não controlada, a fim de evitar transtornos para os bebês e para a mulher.

Os medicamentos utilizados no tratamento da DHEG de gravidade progressiva incluem os sedativos, anti-hipertensivos e anticonvulsivos. O sulfato de magnésio ($MgSO_4$) é a droga preferencial para diminuir os sintomas. Esta droga deprime a condução dos impulsos nervosos e diminui a hiper-reflexia, comumente encontrada na pré-eclâmpsia. Ela tem também algum efeito vasodilatador, que atende a diminuir a pressão sangüínea e aumentar o fluxo de sangue para os rins e para o útero. Além disso, atua como anticonvulsivante, por ter um efeito depressivo no sistema nervoso central. Pode ser administrado através de infusão venosa ou intramuscular. Esse medicamento requer alguns cuidados de enfermagem especiais na administração desta medicação:

- avaliação rigorosa de SSVV;
- avaliação constante do débito urinário (por ser sua forma de excreção);
- verificação dos reflexos (se lentos ou ausentes);
- controle de batimentos cardíaco-fetais (a droga atravessa rapidamente a placenta e pode causar taquicardia, redução dos batimentos cardíaco-fetais e baixo índice de apgar do recém-nascido).

Outro medicamento muito utilizado é o Cloridrato de Hidralazina, um anti-hipertensivo, que age relaxando a musculatura lisa das arteríolas, principalmente na circulação coronária, cerebral, renal e uterina (a paciente em questão fez uso dele). Também controla a hipertensão moderada a severa da pré-eclâmpsia (diminui a pressão sangüínea) e controla a hipertensão crônica da gestação. Esse medicamento pode causar

alguns efeitos colaterais maternos. Entre eles, temos: taquicardia, palpitações, angina, náusea e vômitos, cefaléia, tontura e congestão nasal. Os efeitos colaterais no feto ainda não são confirmados, apesar de o estudo em animais mostrar a teratogenia e sofrimento fetal.

Quando uma gestante com DHEG é hospitalizada, o cuidado ideal é o repouso em um quarto silencioso. O objetivo da assistência é a manutenção do funcionamento dos sistemas orgânicos da mulher, proporcionando-lhe um ambiente calmo e sem estímulos. Com base nesses dados, podem ser levantados os seguintes problemas de enfermagem:

1. Retenção de líquidos;
2. Risco de traumatismo relacionado com convulsões;
3. Perfusão prejudicada dos tecidos relacionada com espasmos das arteríolas com redução do oxigênio para o feto;
4. Informação deficiente em relação à DHEG e ao dano potencial a si mesma e ao feto;
5. Falta de adesão em relação à restrição da atividade física;
6. Ansiedade relacionada com o prognóstico reservado da gestação.

Feito o levantamento dos problemas de enfermagem, segue a prescrição de enfermagem com fundamentada:

1. Orientar repouso no leito.

Fundamentação: O repouso no leito provoca um aumento da diurese diminuindo a pressão sanguínea e o edema. Além disso, não estimula o trabalho de parto.

2. Verificar o peso diário da paciente em jejum e observar edemas.

Fundamentação: Este deve ser verificado todos os dias na mesma hora, de preferência pela manhã e com a bexiga vazia. A modificação do peso ou o aparecimento de edema em face e em extremidades pode indicar aumento ou diminuição na retenção de líquidos.

3. Verificar SSVV a cada 4 horas ou s/n.

Fundamentação: Principalmente o controle da PA, pois uma elevação dela é indicativa do agravamento da doença.

4. Auscultar BCF de 4 em 4 horas.

Fundamentação: Avaliar o bem-estar ou o comprometimento fetal.

5. Avaliar ingestão de líquidos e a eliminação urinária (balanço hídrico).

Fundamentação: Avaliar o funcionamento adequado dos rins e avaliar a retenção de líquidos.

6. Orientar a paciente a diminuir a ingesta de sal.

Fundamentação: Essa medida é mais um recurso utilizado a fim de evitar retenção de líquido.

7. Orientar DLE.

Fundamentação: Para evitar a síndrome de hipotensão supina na gestante, melhorando o retorno venoso.

8. Orientar e oferecer dieta rica em proteínas.

Fundamentação: Proporcionar os nutrientes adequados, já que a gestante pode apresentar proteinúria.

9. Investigar e atentar sobre a ocorrência de cefaléia, perturbação visual, dor epigástrica e nível de consciência.

Fundamentação: Esses são sinais do agravamento da doença.

10. Investigar sinais de parto.

Fundamentação: Avaliação dos sinais de evolução do trabalho de parto, como frequência das contrações e o rompimento das membranas.

11. Orientar sobre a coleta de proteinúria.

Fundamentação: Para que não se perca urina na coleta, o que poderia resultar no início da coleta de 24 horas novamente ou em um resultado não fidedigno.

CONCLUSÃO

O controle da doença hipertensiva depende da gravidade dos sintomas, da conduta do médico, da compreensão e comprometimento da mulher. É muito importante para a gestante, para o filho e para a família o ensinamento e a orientação cuidadosa em relação ao problema.

Na DHEG precoce, se a gestante estiver bem informada e consciente sobre as orientações médicas e de enfermagem, ou seja, que ela comunique as cefaléias, as perturbações visuais, a dor epigástrica ou o surgimento de edema significativo, o controle pode ser feito sem a hospitalização. Entretanto, muitos médicos preferem hospitalizar as mulheres até que os sintomas estejam controlados.

O controle visa a reduzir o edema e a hipertensão e a restabelecer o funcionamento normal dos rins. A equipe de enfermagem deve auxiliar a gestante e a família a compreender a importância de controlar a doença hipertensiva moderada.

Nesse caso, foi necessário interromper a gestação com 34 semanas submetendo a gestante a um parto prematuro, fato que leva sérios riscos ao recém-nato (RN) por ser considerado uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatais; e à mãe, estes também associados ao parto cesárea.

Neste estudo de caso, podemos observar os fatores de risco, sintomas, tratamento e a importância da assistência de enfermagem em gestantes com hipertensão tanto no pré-natal como durante a internação hospitalar, pois “a eclâmpsia é considerada uma doença passível de prevenção em quase todas as circunstâncias” (ZIEGEL e CRANLEY, 1985).

REFERÊNCIAS

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à Enfermagem Materna**. 6. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ZIEGEL, E., E. e CRANLEY, M., S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

A função terapêutica fonoaudiológica nas patologias progressivas infantis

LISIANE FLORES DE OLIVEIRA STRUMIELLO*

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo estudar a função terapêutica fonoaudiológica no atendimento a crianças portadoras de patologias progressivas. Para tanto, foram realizadas entrevistas com fonoaudiólogos atuantes na área. A proposta de clínica aqui assumida baseia-se na teoria do desenvolvimento humano de D. W. Winnicott, o qual considera, em seus princípios, que a presença do outro é essencial na constituição do *ser* de uma pessoa. O resultado da análise pretende contribuir para a construção de uma metodologia própria da clínica fonoaudiológica que esteja comprometida com o paciente. Ressaltou-se, pois, a importância da cena clínica, incluindo o espaço terapêutico, e atribuindo-lhe a possibilidade de construção de um espaço potencial. Este estudo conclui que a experiência clínica e a fundamentação teórica consistente do terapeuta são essenciais na clínica Fonoaudiológica aqui proposta.

Palavras-chave: Clínica fonoaudiológica. Patologias progressivas infantis. Função terapêutica fonoaudiológica.

INTRODUÇÃO

Assim que concluí o curso de Fonoaudiologia, em 1997, comecei minha atuação como fonoaudióloga clínica, atendendo as mais variadas patologias de linguagem. Em seguida, porém, tive a oportunidade de trabalhar em uma APAE¹ na cidade de São Martinho-SC. Era uma escola pequena, a primeira de muitas que trabalhei na região, e lá permaneci até ser convidada a atuar em uma APAE de porte maior, com quase 100 crianças em atendimento fonoaudiológico, na cidade de Tubarão.

* Professora do Curso de Fonoaudiologia da Faculdade Ingá, Mestre em Distúrbios da Comunicação - PUC/SP.

¹ Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Nesse ambiente, deparei, então, com uma grande quantidade de síndromes e patologias neurológicas, sendo que, como a maioria de meus atendimentos acontecia com crianças de até 10 anos de idade, despertavam-me maior preocupação aquelas que tinham cunho progressivo.

De fato, ainda que já há algum tempo seja comum na prática fonoaudiológica o atendimento a doenças progressivas em adultos, como o mal de Alzheimer e o mal de Parkinson, entre outros, quase nenhuma informação é veiculada durante o curso de graduação no que se refere a doenças dessa natureza em crianças.

Diante das doenças musculares progressivas das crianças que comecei a atender na APAE, percebi que precisava me aprofundar no tema, pois minha atuação não alcançava os objetivos por mim estabelecidos; tinha consciência que poderia ir além do que vinha realizando até então. Questionava-me, então, qual seria minha função terapêutica com crianças portadoras de doenças progressivas; seria apenas no sentido de manter a musculatura, trabalhar as funções neurovegetativas²? Essas crianças, muitas vezes, não haviam tido sequer a oportunidade de sugar no seio de suas mães, em função da fraqueza muscular que apresentavam. Qual o sentido então de treinar essas funções, com eles muitas vezes chorando, reclamando, resistindo a minha proposta de trabalho? Qual seria o objetivo desse sofrimento todo? Teria, como fonoaudióloga, o direito de invadir essas crianças? Porém, algo não me deixava parar com esses atendimentos. O fato é que eu sabia que aquela era a minha área de atuação, e tudo o que eu fazia com aquelas crianças precisava ser fonoaudiológico.

Conheci, então, as idéias de Winnicott, e um mundo novo de desenvolvimento emocional do ser humano se desvelou, sobre o qual, inclusive, muitos fonoaudiólogos já vêm embasando sua postura clínica.

O presente trabalho tem como objetivo, através de entrevistas com profissionais fonoaudiólogos, fazer um levantamento inicial sobre quais têm sido as suas funções terapêuticas com crianças portadoras de patologias progressivas. Em função da amplitude desse tema e por ainda ter sido pouco explorado na área, será desenvolvido aqui um estudo exploratório, ou seja, com o caráter de um primeiro levantamento dos fatos, sugerindo temáticas a serem aprofundadas em pesquisas, proporcionando aos profissionais um olhar ainda não desvendado.

METODOLOGIA

Como instrumento para realização da pesquisa, efetuei entrevistas com cinco profissionais da área, visando identificar sua atuação clínica com esses casos, levantando aspectos positivos e negativos e analisando-os à luz da clínica Winnicottiana, a fim de estabelecer novas bases para pensarmos essa atuação fonoaudiológica.

O número de profissionais entrevistados foi sendo definido à medida que a pesquisa foi sendo desenvolvida. Constatei, então, que, de fato, existem poucos fonoaudiólogos que se dedicam a atuar com doenças progressivas em crianças. Muitos, quando por mim procurados, não se interessaram em colaborar; outros atuavam somente com adultos, sendo que os que concordaram em ser entrevistados acabavam por indicar outros

² Refiro-me às seguintes funções: respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala.

possíveis participantes. Apesar de uma amostra pequena, constatei que os dados se repetiam, o que me levou a traçar um perfil do trabalho fonoaudiológico com esses casos.

Os fonoaudiólogos entrevistados individualmente foram abordados, então, com uma pergunta aberta, na qual, primeiramente, explicava as intenções do estudo e depois solicitava que relatassem sobre sua prática clínica: “Estou estudando a função terapêutica fonoaudiológica no atendimento a crianças com patologias progressivas e gostaria que você me falasse o que entende sobre esse assunto”.

A pesquisa aqui empreendida teve caráter teórico-empírico e foi desenvolvida na forma de um estudo exploratório e descritivo. Escolhi esse tipo de estudo por entender que o tema em questão é muito abrangente e ainda pouco explorado na Fonoaudiologia. Desta maneira, o estudo exploratório se encaixa como um primeiro passo para desenvolver um novo tema de estudo.

O trabalho tem uma conotação qualitativa, já que, conforme Richardson (1989, p.39), ela é “... adequada para entender a natureza de um fenômeno social”. Essa abordagem é também compatível com o tema da presente pesquisa porque contribui não somente na análise dos aspectos objetivos, mas também dos aspectos subjetivos, como, por exemplo, a percepção das pessoas envolvidas (TRIVIÑOS, op. cit.).

Iniciei a análise das entrevistas observando aspectos convergentes e divergentes. Em função de esta pesquisa ter um caráter exploratório, não foi possível o aprofundamento em todos os temas nela abordados. Deste modo, selecionei apenas um deles, o qual me pareceu fundamental para a delimitação da função terapêutica fonoaudiológica, objetivo primordial desta pesquisa.

- Como o profissional fonoaudiólogo vem lidando com o sujeito portador da patologia progressiva?

Cabe destacar que, por esta pesquisa significar um primeiro olhar para a atuação fonoaudiológica com patologias progressivas em crianças, certamente há outras possibilidades de análise dos dados apresentados. Consciente desse fato, espero que os próximos pesquisadores da área continuem a aprofundar as questões aqui levantadas.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Epistemologia e Clínica em Winnicott

Pretendo, nesta pesquisa, através de conceitos psicanalíticos, analisar a função terapêutica fonoaudiológica dentro da prática clínica. A Fonoaudiologia tem buscado uma epistemologia própria, embora as teorias que a sustentem tenham origem em vários campos de conhecimento, a saber: Medicina, Psicologia, Psicanálise, Linguística e Educação, basicamente. “Nesse contexto, têm emergido dilemas que, transformados em objeto de pesquisa e debate acadêmico, vêm influenciando o campo fonoaudiológico especialmente na última década” (CUNHA, 1997, p.15).

Neste trabalho busco, então, uma teoria de clínica em que o outro seja o centro. De fato, do ponto de vista epistemológico, Winnicott (2000) teoriza a relação entre pessoas que têm histórias, trajetórias, as quais possibilitam o aparecimento do outro, que vai além do discurso; sendo assim, o que se define é uma maneira de se estudar o homem que se constitui através de seu encontro com o outro.

Gilberto Safra, nas aulas ministradas no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, no período de março a julho de 2001, mostrou como a cultura, o conhecimento de mundo, o processo de humanização se dão através da troca entre os familiares, levando, portanto, à constituição de indivíduos moldados pela qualidade ou não do ambiente que os cerca. Safra comentou, ainda, o quanto é fundamental para o homem ter uma origem, ter nascido de uma mãe, trazer características dela e também de seus ancestrais, aspectos esses que o posicionam em seu lugar no mundo. Sendo assim, o ser humano, desde sua origem, se constitui através do outro.

Nessa perspectiva, afirma Matteo (2001, p. 24): “Assumindo uma postura terapêutica dessa ordem, o lugar do terapeuta é definido como sendo aquele que vai propiciar um encontro com o paciente testemunhando o lugar do servir, do interlocutor”.

Desta forma, o terapeuta cria um lugar para ouvir o paciente como um ser histórico, abrindo, então, espaço para o aparecimento do *self*³, ou seja, para o acontecimento humano.

Nesse lugar, o terapeuta-fonoaudiólogo pode ir além de um trabalho funcional, não desvalorizando-o, nem priorizando-o, porém buscando um lugar na história daquele paciente e de seu sintoma para que a prática propriamente dita não impeça o aparecimento do *self*. Esse lugar assumido pelo terapeuta que abre espaço para o aparecimento do outro é o que Winnicott (1975) denomina de *espaço potencial*.

Para Winnicott (op. cit.), o acontecer humano no tempo é o ponto de vista fundamental, e o espaço potencial é, justamente, o lugar desse acontecimento humano, sendo que, graças a ele, o paciente pode resgatar sua historicidade.

Na situação clínica, esse espaço potencial pode ser construído através da relação terapeuta-paciente, quando ambos brincam juntos. Quando isso não é possível, porém, o terapeuta deve, então, ajudar o paciente para que ele se torne capaz de brincar. Nessa concepção clínica, cabe ao terapeuta fornecer ao paciente um campo no qual ele possa se expressar sem medo de ser invadido por valores e regras pré-concebidas. Sendo assim, o terapeuta precisa estar disponível e organizar sua ação de acordo com o tempo e o ritmo do paciente, para, desta maneira, propiciar a manifestação de seu mundo interno e de sua história, de sua singularidade.

De acordo com Safra (1999), de fato, é no espaço potencial que o paciente pode continuar o processo de constituição de seu *self*. Com o passar do tempo, essa possibilidade também é encontrada na relação com os objetos culturais. O indivíduo pode, então, interagir com o campo cultural, encontrando a presença humana, dialogando e partilhando com os outros homens que viveram ou viverão em outras épocas.

³ Para Winnicott (1990a.), o *self* é o caminho para o vir a ser; ele acontece dentro de um processo de amadurecimento emocional do indivíduo com o auxílio de um meio ambiente humano facilitador. O *self* acontece *do e no* tempo, portanto jamais termina sua constituição.

Desta maneira, se fizermos uma comparação entre o que o Winnicott denomina de função da mãe na relação mãe-bebê⁴ e a percepção do terapeuta em relação à necessidade do paciente, poderemos observar características semelhantes, reservadas às intenções e os papéis que os integrantes exercem. De fato, no contexto terapêutico fonoaudiológico, paciente e terapeuta não podem ser sujeitos separados; um não pode existir sem o outro. "A experiência afetiva e corporal do paciente e a experiência corporal, afetiva e intelectual do terapeuta vão, juntas, constituir o processo terapêutico, sendo que ambos estarão sendo 'criados' e 'descobertos', um pelo outro, na relação que está sendo compartilhada" (SILVA, 2001, p. 19).

Winnicott (1990 a.) nos fala que o manejo na clínica consiste no fornecimento ao paciente de um ambiente adaptado às suas necessidades, o qual faltou a ele em seu processo de desenvolvimento. O terapeuta pode fornecer, então, ao paciente a ausência de intrusões pela interpretação, e/ou sua presença física, e/ou a liberdade de o paciente simplesmente estar ali, ou fazer o que lhe parecer necessário. "O manejo e o trabalho interpretativo muitas vezes correm lado a lado, ajudando-se e facilitando-se mutuamente na experiência total de vida do paciente" (p. 29).

Sendo assim, o terapeuta será alguém que tornará possível, através de si próprio e do enquadre clínico, a vivência de uma nova possibilidade de ambiente, a fim de que o paciente possa apropriar-se de si para, assim, poder enriquecer suas trocas com o mundo. Nesse momento, o paciente tem a possibilidade de encontrar um ambiente suficientemente bom que lhe permitirá uma nova gama de experiências, "(...) um ambiente onde sua alucinação tenha lugar" (WINNICOTT, 1996, p. 20).

Essa clínica traz a possibilidade de entendermos o espaço terapêutico como um espaço potencial, em que terapeuta e paciente, baseados numa relação de confiança, vivem juntos um movimento de transformações. Ambos são tocados de maneira singular, portanto, um não existe sem o outro.

Pensando a clínica fonoaudiológica desta forma, a relação terapêutica passa a ser entendida como enriquecedora, sendo que o terapeuta tem possibilidade de permitir ao seu paciente encontrar um espaço onde viverá novas experiências. Neste sentido, a relação terapêutica permite o acontecimento da intervenção fonoaudiológica.

ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

De acordo com Berberian (1995), a Fonoaudiologia surgiu no Brasil com a tarefa de uniformizar a língua. Sendo assim, o profissional que atuava nessa área era um técnico que tinha a função de realizar correções na fala de acordo com as regras da língua vigente. Tendo a Fonoaudiologia origem nesse momento histórico, em que as regras eram ditadas e não havia liberdade de expressão, em que todos eram ensinados para aprender aquilo que era bom para a nação, não é de se estranhar que, por muito tempo, a postura pedagógica do profissional era majoritariamente valorizada, tanto que, ainda hoje, passados mais de quarenta anos, notamos na prática clínica raízes dos princípios dessa época. Podemos pensar que, nesta postura de "dono do saber", o fonoaudiólogo não tem como dar espaço para que o outro se expresse, não há lugar para o espaço

⁴ Para Winnicott (1996), esta é a mais perfeita e completa das relações humanas.

potencial, e muitos dos conhecimentos se perdem no processo por não atingirem o paciente.

A Fonoaudiologia, no entanto, também vem estabelecendo novas bases de trabalho, voltando sua atuação clínica para um sujeito que troca experiências, que é vivo e possui desejos. Sendo assim, o terapeuta sai do lugar de alguém que ensina, para assumir o lugar de interlocutor do conhecimento do outro. Vejamos, então, como isso vem acontecendo na prática de nossas entrevistadas.

Como vimos, segundo os conceitos de Winnicott, o espaço potencial é criado inicialmente entre a mãe e o bebê. Khan, prefaciando o livro de Winnicott, “Da Pediatria à Psicanálise” (2000), afirma: “O espaço potencial é o lugar em que está localizada a experiência cultural (...) O espaço potencial só acontece em relação a um sentimento de confiança por parte do bebê, isto é, confiança relacionada à dependência da figura da mãe ou de elementos ambientais...” (p. 57).

O espaço potencial é visto, então, como uma área intermediária, necessária para o início de um relacionamento entre a criança e o mundo, proporcionada inicialmente por uma maternagem suficientemente boa, que carrega consigo a função de aliviar a tensão de todo ser humano em relacionar realidade interna e externa. Safra (1999) refere que é no espaço potencial que o paciente pode continuar o processo de constituição de seu self.

Podemos observar este aspecto no final da entrevista I. A terapeuta em questão refere-se ao trabalho com comunicação alternativa, já instituído na prática clínica, com bons resultados para pacientes portadores de patologias neurológicas, sejam elas progressivas ou não (cf. PIRES e LIMONGI, 2002).

Uma outra coisa interessante..., não sei se eu não vou fugir um pouquinho,... mas um outro trabalho que nós estamos fazendo com eles é o trabalho de comunicação alternativa, porque muitos deles têm a parte respiratória muito debilitada e daí já não vão ter força pra falar; então nós também trabalhamos com comunicação alternativa...

No recorte abaixo podemos observar como a terapeuta I se utiliza dessa nova comunicação com seu paciente, pautando-se em um aspecto muito importante da teoria winnicottiana, qual seja, a brincadeira.

Nós temos um paciente aqui que fala assim: “Quando eu vou morrer...” Ele tem a consciência, é super complicado porque quando você conversa, tenta falar, mas, tem toda a parte psicológica do paciente que você tem que levar em consideração também. Essa comunicação [alternativa], a gente introduz no jogo, numa brincadeira para eles irem conhecendo as figuras, porque se um dia precisar, eles já conhecem pelo menos a figura.

Podemos perceber a riqueza de material que ela é capaz de lançar mão e dar lugar para que o paciente compreenda e se constitua. Falo do lugar que é dado à brincadeira e como, através dela, surge o espaço potencial. Ela é usada para se lidar com a criança no ambiente que lhe é natural; é terapêutica. Através do espaço potencial, as trocas terapeuta/paciente e vice-versa são, de fato, realizadas.

Essa visão de clínica nos traz a possibilidade de entendermos o espaço terapêutico como um espaço potencial. É através das situações lúdicas que a criatividade se mostra,

e através de uma “... relação de confiança tanto terapeuta como paciente vivem um movimento de transformações. Ambos são tocados ao mesmo tempo de maneira singular; portanto, um não existe sem o outro” (MATTEO, 2001, p.25).

Por outro lado, também observamos nesta entrevista (I) uma certa preocupação da terapeuta quanto ao trabalho funcional, ou seja, relativo às funções neurovegetativas e órgãos fonoarticulatórios.

...e o trabalho basicamente a gente faz de motricidade oral mesmo, de força muscular, de movimento, essas coisas, pra eles não perderem.

É relevante, neste momento, esclarecer que a área fonoaudiológica encontra-se em busca de sua identidade clínica. Sendo assim, os profissionais ainda não têm sido devidamente preparados para deslocar o olhar dos aspectos orgânicos para as reais necessidades do paciente.

Na entrevistada II, também evidenciamos tendências à valorização dos aspectos funcionais das crianças com patologias progressivas:

A gente sabe que trabalha o que dá na musculatura...

Outro aspecto relevante a ser considerado é que, em função da gravidade de muitos dos casos aqui referidos, principalmente os terminais, pode haver uma tendência do profissional a priorizar aspectos funcionais.

A entrevistada II expõe, nesse sentido, sua preocupação com a fadiga muscular, que, nesses casos, pode de fato acelerar o processo da doença.

Às vezes, faço até um pouco menos a parte de terapia, com medo de chegar a fazer mais e perder. Prefiro pecar fazendo um pouco menos do que fazer a mais e essa criança acabar ficando pior, porque, passou dali, o estágio dela piora rapidinho.

Podemos pensar, então, no preparo pessoal que essa terapeuta tem para lidar com todas essas situações, as quais - não podemos negar - envolvem um fator emocional. Essa terapeuta demonstra uma preocupação excessiva com a função a ser adequada, o que, possivelmente, dificulta que ela considere outros aspectos do sujeito em atendimento, e também de sua família. Podemos observar alguma insegurança quanto aos pontos a serem priorizados no trabalho fonoaudiológico também na entrevista IV:

A criança com uma doença progressiva é muito instável, tanto do ponto de vista orgânico quanto emocional. Você acaba, no decorrer do seu atendimento, não conseguindo uma coisa ritmada com ela, não dá muito pra você pensar: “puxa, eu vou tentar, num determinado período com ela, fazer tal coisa, sei lá, durante 2 meses, 3 meses vou tentar tal coisa, aí depois eu tento outra coisa”. Não dá muito para você seguir um ritmo, um planejamento, porque a criança desestabiliza muito; às vezes ela passa por picos de melhora, picos de piora, às vezes você tem que interromper o atendimento. Às vezes você se pega usando determinada técnica ou trabalhando determinada coisa; você fala assim, “nossa, seis meses atrás eu nem pensava sobre isso, nem imaginava trabalhar com isso tudo”.

Observamos, então, a necessidade de controle na seqüência terapêutica. Mas será que o paciente em questão não estaria trazendo à terapia solicitações de outra natureza naquele momento? Na entrevistada IV, esse aspecto também é abordado:

Então, quando você vai atender, muitas vezes você não consegue fazer o que você se propõe, porque você percebe que a criança está muito cansada e não aceita determinadas manipulações.

Ele fechava a boca e não queria fazer; então, quanto tempo você perde, entre aspas, nesse processo aí de tentativas sem sucesso, de você chegar, se aproximar da criança para conseguir trabalhar e tal e não conseguir? Eu falo tempo "entre aspas" porque nesse período aí que eu estou tentando me aproximar, eu estou estabelecendo uma relação com essa criança; sim, você está estabelecendo, só que para uma criança que tem uma doença progressiva, tempo é uma coisa fundamental, é muito importante ... então você vai pensar assim: "Nossa Senhora, eu estou aqui perdendo tempo e tal; por um lado você está conquistando a criança, uma relação, só que quanto tempo aquela doença vai dar para ela poder melhorar, ou poder ir em direção ao melhor para poder melhorar?"

Podemos perguntar, então: a que tipo de melhora essa terapeuta se refere? A Fonoaudiologia, de fato, vem debatendo há muito tempo uma questão fundamental, qual seja, o conceito de saúde e de doença, de normal e de patológico. Cunha (1997) refere-se a esse conceito, inclusive, como um *mantra* do discurso fonoaudiológico. Na realidade, aqui vemos a influência da medicina em nossa prática, a essência de um método positivista

... o qual estabelece que a manutenção da ordem é a melhor forma de se garantir a evolução adequada de qualquer fenômeno. Assim, assumindo no caso do comportamento humano, a ordem é a fisiologia, a patologia se apresenta quando há uma variação quantitativa de um estado fisiológico (CUNHA, 1997, p.15).

A autora ainda esclarece que não podemos esquecer que "... o conhecimento médico baseia suas descobertas no empirismo, tendo a objetividade como imperativo metodológico – seu objeto é a doença, o que tende a implicar certa desconsideração do doente e até do próprio médico" (p.16). Dessa maneira, podemos entender o caráter dogmático da medicina e sua negação à subjetividade do paciente. Seu objeto de estudo é, pois, a doença.

De acordo com Cunha (op. cit.), aqui é fundamental esclarecermos que o objeto de estudo da Fonoaudiologia não é a doença. E no tipo de atuação em foco neste estudo, com patologias progressivas, essa discussão é ainda mais pertinente porque a doença toma o lugar do sujeito devido a sua gravidade. Podemos considerar, nessa mesma linha, que os nossos diagnósticos não podem resultar em mera nomeação de doenças, porque isso pressupõe que o tratamento vai ter que dar conta da eliminação destas.

Encontramos, então, na entrevistada III uma preocupação com o que é da ordem do simbolismo, da singularidade do paciente, que não pode ser contemplada se não existir uma mudança de foco da doença para o paciente. Entendo que esse seja um dos pontos mais importantes desta análise, uma vez que aqui estamos estudando como a

Fonoaudiologia, os fonoaudiólogos mais especificamente, vêm lidando com o seu paciente, em que lugar o colocam no processo terapêutico.

Outra dificuldade minha também: de início eu chegava a pensar: “vem a criança com um diagnóstico, e aí você já sabe que vai morrer, então você tem uma postura de o que adianta fazer, porque já vai morrer mesmo?” Então eu acho que **o fonoaudiólogo tem que tomar cuidado de não conviver com a patologia**, conviver com o sujeito que é portador daquela patologia porque ele vai ter um funcionamento muito distinto do que o livro descreve.

Essa questão vem sendo, de fato, muito comentada nas últimas pesquisas em Fonoaudiologia: como lidar com a patologia sem transformar o indivíduo nela, mesmo em se tratando de uma doença em que as marcas orgânicas são muito visíveis? O terapeuta, neste sentido, deve ser alguém capaz de tornar possível, através de si próprio e do enquadre clínico, a vivência de um outro ambiente, a fim de que o paciente possa apropriar-se de si para, assim, enriquecer suas trocas com o mundo. Nessa perspectiva, o paciente tem a possibilidade de encontrar um ambiente suficientemente bom que lhe permitirá uma nova gama de experiências, "(...) um ambiente onde sua alucinação tenha lugar" (WINNICOTT, 1996, p. 20).

No trecho abaixo, podemos observar como a terapeuta III mostra uma postura de acolhimento, possibilitando o olhar para as necessidades de seu paciente e da família dele:

...eu tenho uma criança que sempre vem para cá pra eu atender, também é uma questão degenerativa. Ela faz broncopneumonia todos os meses e a mãe não quer fazer gastrostomia, é uma opção dela, ela prefere ir para o hospital a cada mês, e a criança vai morrer numa dessas. Eu não acho que a gente tem direito de impor, muitas vezes como o médico faz, um tratamento tal para a criança viver da forma que for. Acredito que tem de ter uma escuta para o desejo da família. Nisso eu sou tranqüila..

De fato, a referência à família é bastante pertinente, pois, em se tratando de uma patologia em crianças, a família, na figura do pai ou da mãe, ou ainda de um cuidador, tem de ser ouvida e valorizada, já que são eles que convivem diariamente com a criança.

A entrevistada III se refere ao trabalho específico e mostra mais uma vez o respeito pelo desejo da família:

A terapia fonoaudiológica para esses casos, entendo, é sustentar ao máximo a qualidade de vida do paciente e da família, e para isso faço o que for preciso. Terapia de linguagem específica, atendimento motor-oral específico, entrar com sonda... Tem família que opta por não fazer isso, porque não quer prolongar a vida do filho; eu aceito...

Podemos observar essa dinâmica também com a entrevistada V. Observamos como o processo terapêutico ganha outro sentido se mudarmos o foco da doença para o doente. Desta maneira, possibilitamos que ele venha a ser, que se organize, mesmo com todas as dificuldades que encontra por causa das perdas que a doença lhe causa. A terapeuta V nos mostra isso relatando um de seus casos:

Ela chama K. tem 18 anos agora, eu atendo a K. desde os 6 anos (...) A K. tem uma deficiência mental acompanhada de uma alteração motora bastante importante; ela tem uma marcha, um andar bastante comprometido, lento. Quando eu comecei a atendê-la, ela apresentava muita baba, não mastigava direito alimentos sólidos, engolindo-os inteiros. Ela tem uma deficiência mental severa, e com esse diagnóstico combina alguns comportamentos, alguns aspectos do caso dela. Então, por exemplo, o controle do xixi: ela dorme até hoje de fralda. Mas, por outro lado, a compreensão dela foi se desenvolvendo muito ao longo desse tempo todo; hoje ela compreende muito bem. Isso não ocorre na emissão dela, na fala: antes, ela conseguia alguns vocábulos, uns 30, hoje ela fala 5 e dificilmente espontaneamente, na maioria das vezes, só se eliciado.

Essa maneira da terapeuta V fazer clínica nos traz a possibilidade de entendermos o espaço terapêutico como um espaço potencial, em que terapeuta e paciente, baseados numa relação de confiança, vivem juntos um movimento de transformações. Ambos são tocados de maneira singular; portanto um não existe sem o outro. Pensando a clínica fonoaudiológica dessa forma, a relação terapêutica passa a ser entendida como enriquecedora, sendo que o terapeuta tem a possibilidade de permitir ao seu paciente encontrar um espaço onde viverá novas experiências, podendo realizar novas trocas com o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de compreender a função terapêutica fonoaudiológica, é que teve início esta pesquisa. Um campo vasto de atuação ainda não registrado na literatura da área foi então encontrado, e sua complexidade e profundidade começam a ter lugar.

De fato, um dentre tantos aspectos que me levaram a realizar este estudo diz respeito a minha própria dificuldade na atuação com patologias progressivas infantis, sendo que pude encontrar no depoimento das entrevistadas preocupações e dificuldades semelhantes, tais como: no trato com a família, com a doença progressiva, com a morte, entre muitas outras.

Atualmente, estamos sendo chamados a repensar a clínica e seus princípios, também em função dos novos tipos de sofrimento que estamos sendo solicitados a tratar, o que nos coloca em estado de contínuas reflexões sobre nossa função como terapeutas.

Matteo (2001) afirma que todos os terapeutas têm o compromisso ético de acompanhar seus pacientes e intervir de modo satisfatório; porém adverte que intervir nem sempre está ligado somente à ação, à utilização de aparatos teóricos e técnicos para cada paciente de acordo com os sintomas apresentados. Trata-se, sim, de uma intervenção que significa a percepção, o estar junto do outro, reconhecendo-o como um indivíduo singular.

A abordagem teórica assumida nesta pesquisa foi fundamentada na teoria de desenvolvimento humano proposta por D. W. Winnicott; conseqüentemente em uma perspectiva epistemológica e em uma teoria de clínica propostas por esse autor. Nesse sentido, pudemos perceber nas entrevistas apresentadas bem como em sua análise como a mudança de foco da doença para o paciente é importante para que se constitua o

espaço potencial. Espaço onde as experiências acontecem e possibilitam ao paciente os processos de humanização, integração e personalização.

Cabe lembrar Matteo (2001) quando enfatiza que os pacientes que nos procuram, freqüentemente estão em um estado de dispersão de si mesmos, ou seja, sentem-se fragmentados pelas alterações que apresentam. Os terapeutas precisam, então, observar atentamente essas situações porque, na maioria das vezes, as técnicas empregadas (trabalho funcional) tendem a ameaçar o paciente a uma desintegração e fragmentação ainda maiores do que as já por ele experienciadas.

O terapeuta tem, de fato, uma função muito importante, qual seja: promover um ambiente onde o paciente possa se constituir. E isso só acontece quando reconhece as necessidades do seu paciente, colocando-se em seu lugar para compreender como ele apresenta seu enigma, e procurando ajudá-lo a encontrar o melhor caminho para a superação e solução do mesmo.

Observamos na análise das entrevistas aqui apresentadas que algumas terapeutas, mais especificamente aquelas com menos tempo de atuação, apresentaram uma preocupação demasiada com a correção funcional. Podemos concluir, então, que o tempo de experiência clínica pode redimensionar *o olhar para* o ser humano.

Outra questão muito importante abordada na análise diz respeito ao envolvimento familiar no andamento da terapia. De fato, todo ser humano carrega consigo a sua história. Todos viemos de uma mãe e crescemos em um ambiente que nos tornou diferentes de outros seres; sendo assim, esse ambiente (família, história de vida, heranças culturais) é essencial para a constituição do paciente. Ele é, pois, toda a história que traz consigo - lembranças, sonhos, experiências. O terapeuta tem de ser capaz, portanto, de acolhê-la para que possa ser um agente transformador, possibilitando que o paciente encontre o espaço de que necessita para se constituir como pessoa.

Outra dificuldade marcante se fez presente nas entrevistas. Como lidar com a morte? O fato de a doença ser progressiva, aqui restrita à criança, é um fator complicador. A criança tem uma característica de vida que é inerente a ela, vivacidade, energia, uma natureza curiosa e muito ativa. E quando, como terapeutas, nos deparamos com uma criança ferida por uma doença que ainda progride, nossa humanidade fica desestabilizada. Por esse motivo, há a necessidade emergente de preparo do terapeuta como pessoa, algo que, de fato, como já ressaltado, vai muito além do domínio técnico.

Trata-se de considerar as necessidades do paciente, tornando-se, nessa perspectiva, provedor do espaço potencial, o qual permite que experiências novas aconteçam e, a partir de então, constituam a subjetividade. Nesse sentido, proponho que o terapeuta possa estar constantemente reavaliando as técnicas fonoaudiológicas que utiliza bem como sua postura diante do ser humano que busca o seu trabalho.

O fato de pensar nesta clínica de patologias progressivas, onde a função terapêutica tem um limite com a questão da morte e com a desintegração do paciente, gera a necessidade de um terapeuta fonoaudiólogo que tenha uma tal devoção a ponto de realmente perceber as necessidades do seu paciente, proporcionando um espaço potencial onde as experiências acontecem e onde o paciente pode ter a possibilidade de reorganização do seu *self*.

REFERÊNCIAS

CUNHA, M. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território**. São Paulo: Plexus, 1997.

KHAN, Massud R. Prefácio. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 2000.

MATTEO, Graziela de. **A função terapêutica na clínica fonoaudiológica**. 2001. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP, São Paulo, 2001.

PIRES, S. C. F. e LIMONGI, S. C. O. Introdução de comunicação suplementar em paciente com paralisia cerebral atetóide. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. Carapicuíba (SP), v. 14, n. 1, p. 51-60, jan./abr.2002.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

SAFRA, Gilberto. **A face estética do self: teoria e clínica**. São Paulo: Unimarco, 1999.

_____. **Momentos mutativos em psicanálise: uma visão Winnicottiana**. São Paulo: Casa do psicólogo Livraria e Editora Ltda, 1995.

SILVA, Patrícia Barbosa. **Silêncio compartilhado e clínica fonoaudiológica: Possibilidades terapêuticas**. 2001. Dissertação (Mestrado)-Pontifícia Universidade Católica – PUC/SP, São Paulo, 2001.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WINNICOTT, Donald W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. 3. ed., Porto Alegre: Artmed Editora Ltda. 1990(a).

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes. 1996.

_____. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos, por Ezio Flavio Bazzo

OSWALDO LUIZ STAMATO TAUBE¹

INTRODUÇÃO

Bazzo (1997), ao escrever “Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos”, demonstra que a relação existente entre o trabalho e o sofrimento psíquico traz conseqüências agravantes à saúde mental dos trabalhadores, principalmente aos funcionários públicos. A relevância deste artigo se deve, principalmente, ao fato de que até bem pouco tempo não se ousava discutir em público, ou em nível de publicações científicas, os transtornos mentais ocasionados pela insatisfação decorrentes do trabalho, gerando doenças psicossomáticas e distúrbios mentais. Este fato se tornou ainda mais relevante a partir do momento em que se começou a discutir a saúde mental dos funcionários públicos.

Até o momento em que se discutia a saúde mental do desempregado, e havia as definições e as delimitações da estatística ocasionada pelas doenças psicossomáticas, como o estresse, a angústia e a depressão que ocasionavam mortes por parada cardíaca e suicídio, além dos internamentos em clínicas e hospitais psiquiátricos, o quadro não era tão grave. No entanto, a partir do momento em que esses fatores passaram a ser uma constante na maioria das organizações, principalmente nas organizações públicas, o quadro agravou-se.

Esta estatística foi tão além das expectativas que acabou gerando, por parte dos sindicatos e associações de trabalhadores, um programa nacional de conscientização da saúde mental dos trabalhadores, para tentar ao menos diminuir o preconceito que existe entre os próprios trabalhadores, que se acham “loucos”, e, portanto, incapacitados de exercerem suas funções e de viver em sociedade.

No caso dos funcionários públicos, este fato se embasa principalmente no fato da corrupção ser uma constante, o que faz com que os indivíduos que não participam dela se sintam mais oprimidos, mas mesmo os que participam dela não escapam dessa sintomatologia. Também, a alta rotatividade da chefia, tendo que se moldar a cada nova chefia. Assim sendo, tem-se um crescimento da angústia e da depressão, gerando então as doenças psicossomáticas. Mas como o próprio autor cita:

¹ Mestre em Engenharia da Produção - Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Faculdade Ingá – UNINGÁ.

É evidente que o estresse, a angústia e a depressão que se manifestam com tanta frequência entre os funcionários públicos não são, necessariamente, conseqüências apenas de sua relação com o trabalho ou dos conflitos vividos dentro dele. O trabalho é, em muitos casos, apenas o detonador desses transtornos (BAZZO, 1997, p. 43).

Ainda justifica que, se o trabalho fosse gratificante, até poderia ser utilizado como terapia, mas não o sendo, os funcionários correm para as aposentadorias, como meio de não serem empurrados para o acúmulo de doenças psicossomáticas e da insanidade mental. Fazem, desta forma, mesmo sabendo que, às vezes, na aposentadoria poderão correr os mesmos riscos devido à falta da assistência devida.

DESENVOLVIMENTO

Lima (1998) traz que o campo da saúde mental no trabalho (SM&T) ainda é um campo novo no Brasil. Ela teve seu início na França, logo após a II Guerra Mundial, através da psiquiatria social, por intermédio da publicação do livro de Christophe Dejours, 1987, “A loucura do trabalho”.

Grisci (1999) traz que as mudanças geradas no trabalho também podem ocasionar estresse e até distúrbios mentais, resultantes da pressão exercida sobre o funcionários, como é o caso de profissionais que utilizam equipamentos de informática, necessitando de um aperfeiçoamento e especialização constante, tanto que complementa afirmando:

Acredita-se que já é tempo de a Psicologia vir a contribuir no sentido de conhecer modos de pensar, apreciar e agir dos sujeitos acerca de temas emergentes da contemporaneidade, ao tomar contextos referentes ao mundo do trabalho que passa por reestruturações e inovações tecnológicas, e sobre ele repousar um olhar que se caracterize, ao mesmo tempo, crítico e criativo (GRISCI, 1999, p.5).

Segundo Costa (1997), os males do mundo do trabalho não são ocasionados apenas pelos ambientes tóxicos, desconfortáveis, ruidosos, mas também são ocasionados pelo sofrimento psíquico, que é gerado pela falta do prazer no trabalho, ou seja, pela falta da perspectiva de melhores condições de trabalho, tanto em nível de satisfação própria pelo trabalho realizado quanto pela falta de retorno pessoal, devido a não ver uma elevação ou reconhecimento profissional pelas suas atividades desenvolvidas.

O trabalho pode favorecer condições estabilizadoras que neutralizam o sofrimento, sendo, portanto, a organização do trabalho um compromisso resultante da negociação social simultânea entre os pares e os diferentes níveis hierárquicos, principalmente porque o prazer está relacionado à satisfação das necessidades de cada indivíduo (MENDES, 1995). Esse contexto é complementado por Uchida (1998), ao citar Dejours, o qual reafirma que na relação entre a organização do trabalho e o sofrimento humano, o sofrimento é algo que faz parte do processo de trabalho, inerente a ele. Logo, não se trata de tentar eliminá-lo, mas sim de se compreender como este é produzido *na e pela* organização de trabalho, possibilitando a sua elaboração por parte do trabalhador, buscando modificar as condições que lhe deram origem.

Costa (1997) reafirma que o fato de não estar fora do mundo competitivo das empresas privadas não garante a sanidade mental aos seus funcionários, mas também podem ocasionar mal aos usuários dos serviços públicos. Tanto que cerca de 30% dos funcionários públicos pesquisados apresentaram apatia, irritação, deficiências sociais e dificuldades de diferenciar conotação de culpa, de vergonha, de degradação. Além disso, o sistema também traz o sentimento de culpa pelo próprio desemprego, gerando ainda mais o medo e ocasionando ainda mais a insatisfação por não poder mudar o que ocorre no trabalho.

Uchida (1998) cita dados importantes sobre o sofrimento específico do usuário produzido na organização do trabalho informatizado: sensações de isolamento, fragilidade e transparência. Estes produzem a fantasia de ser homem de vidro, homem sem privacidade, devassado em todos os seus movimentos e quebradiço feito vidro, onde a rigidez é negativa, impedindo a atividade criativa, não havendo espaço para inovação e invenção na *concepção* do trabalho. Se ao trabalhador é permitido desenvolver engenhosamente a atividade de *concepção*, ele pode modificar e re-modificar quantas vezes for necessária a relação homem-trabalho, e torná-lo também fonte de prazer. Mas para que este prazer seja efetivo, é necessário que haja reconhecimento por parte dos pares quanto à solução criativa do problema. O aval dos pares é fundamental para que se complete um processo psíquico conhecido como *sublimação*. Esta permite explicar o processo criativo do homem segundo o referencial psicanalítico.

Tractenberg (1999) mostra que, na maioria das vezes, ao se tentar empregar um programa de reestruturação competitiva, acaba apresentando resultados medíocres devido às questões das relações humanas e não dos aspectos técnicos. Codo (1996) afirma que, do ponto de vista de sofrimento/prazer no trabalho, uma liderança aberta é a pior, já que os subordinados ficam soltos. Portanto, a maior parte dos problemas pode ser resolvida com intervenções nas condições de trabalho, e/ou com treinamento para os responsáveis.

Esquemáticamente falando, a Psicanálise nos ensina que não se é senhor da própria psique. Distúrbios ocorrem quando há interrupção, falha e impedimento de comunicação entre os sistemas pré-consciente/consciente e o sistema inconsciente. Os diversos sintomas (neuróticos, psicóticos, sonhos, atos falhos, chistes, etc) apontados por Freud têm a ver com alterações nesta comunicação. Nestas circunstâncias, não se tem fácil acesso ao nosso "depósito" mnemônico. Somente quando se removem os obstáculos que se formaram entre os sistemas psíquicos recupera-se uma circulação mais livre da informação.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que somente através de estímulos, principalmente de uma melhor qualidade de vida no trabalho (QVT), o trabalhador pode deixar de ser um futuro insano ou um doente psicossomático, resultando, então, em um campo no qual o psicólogo tem um vasto trabalho a realizar, e que pode melhor ser visualizado através da afirmação de Uchida (1998):

Temos então que o prazer advém da dialética com a angústia, na elaboração desta. E isto só ocorrerá se o sujeito encontrar no campo social uma atividade de trabalho em ressonância simbólica com a sua cena psíquica ou o seu teatro psíquico. Será através da atividade de concepção, que implica em criação e invenção, que o sujeito lidará com a angústia no nível psíquico e, ao mesmo tempo, no nível social, quando obtém o reconhecimento, pelos pares, de sua engenhosidade na solução dos problemas que surgem na atividade produtiva. O reconhecimento, por sua vez, completa o processo sublimatório do indivíduo, permitindo a este uma saída dessexualizada às suas pulsões, o que terá efeitos benéficos no nível tanto simbólico como econômico. Ao se possibilitar a elaboração adequada das pulsões, permite-se o prazer. Desse modo se articulam os conceitos de angústia, prazer, sublimação, jogo, ressonância simbólica, cena psíquica ou fantasma (teatro psíquico) e cena do trabalho (teatro do trabalho) (p. 5).

Portanto, não se pode dizer que a saúde mental dos funcionários é algo inerente ao funcionalismo público, principalmente devido ao alto grau de corrupção, mas infelizmente é uma doença gerada pela falta de prazer durante o trabalho, e esta insatisfação pode ser conscientizada e contornada.

REFERÊNCIAS

- BAZZO, E.F. Algumas considerações sobre a saúde mental dos funcionários públicos. Brasília: **Psicologia Ciência e Profissão**, v.17, n.1, p.41-44, 1997.
- CODO, W. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In.: Trabalho, cultura e Organizações. Rio Grande do Sul: PUC, **Coletâneas da ANPEPP**, v.1, n.11, p.36-55, 1996. Capítulo III.
- COSTA, T. Quando o trabalho ameaça a saúde mental: sofrimento psíquico manifesta-se como depressão, alcoolismo e até paranóia. Rio de Janeiro: **Ciência hoje**, v.23, n.133, p.32-37, 1997.
- GRISCI, CL.I. Trabalho, tempo e subjetividade: impactos da reestruturação produtiva e o papel da psicologia nas organizações. Brasília: **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.19, n.1, p.2-13, 1999.
- LIMA, M.E.A. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. Brasília: **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.18, n.2, p.10-15, 1998.
- MENDES, A.M.B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. Brasília: **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.15, n.1/3, p.34-38, 1995.
- TRACTENBERG, L. A complexidade nas organizações: futuros desafios para o psicólogo frente à reestruturação competitiva. Brasília: **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.19, n.1, p.14-29, 1997.
- UCHIDA, S. Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. São Paulo: **Psicologia USP**, v.9, n.2, 1998.

Comportamento motor de crianças com paralisia cerebral

ELIANE MEWES GAETAN¹
ANA PAULA NISHIDA²
DANIELE HERRERO VICENTIN³
LIZANDRA CAMILA SANTOS³
SCHIRLEI TAÍS ROYER³

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar crianças com Paralisia Cerebral (PC), classificadas como diplégicas e quadriplégicas, por meio da escala GMFM nas dimensões: deitar e rolar (A), sentar (B), engatinhar e ajoelhar (C), em pé (D) e andar, correr e pular (E); e comparar os resultados entre os grupos. Foi realizado um estudo descritivo de nove crianças com Paralisia Cerebral. As avaliações foram realizadas no Laboratório de Pesquisa do Desenvolvimento Infantil/Fisioterapia/UEL. As crianças diplégicas obtiveram maior pontuação nas dimensões: deitar e rolar e sentar, do que as quadriplégicas. Não foi possível a comparação nas dimensões engatinhar e ajoelhar, em pé e andar, correr e pular, pois as crianças quadriplégicas não obtiveram pontuação nos itens correspondentes.

Palavras-Chave: Paralisia Cerebral. Habilidades Motoras. GMFM.

INTRODUÇÃO

Paralisia Cerebral, segundo Hagberg (1989), é o termo usado para designar um grupo de desordens motoras, não progressivas, porém sujeitas às mudanças, resultante de uma lesão no cérebro nos primeiros estágios do seu desenvolvimento. Os fatores de

¹ Doutora em Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas. Docente da Faculdade Ingá – UNINGÁ e Universidade Estadual de Londrina

² Pós-Graduada em Intervenção em Neuropediatria – Universidade de São Carlos.

³ Graduatedas em Fisioterapia – Universidade Estadual de Londrina.

risco da Paralisia Cerebral (PC) são de origem pré-natal: genéticos e/ou hereditários, maternos, infecções congênitas, metabólicos maternos, transtornos tóxicos, físicos, malformações cerebrais congênitas; perinatais: fenômenos circulatórios – isquêmicos, hiperbilirrubinemia; pós-natais: meningencefalites bacterianas e suas seqüelas, encefalopatias pós-vacinais e pós-infecciosas e os processos vasculares.

A maior causa de PC no nosso meio é a anóxia perinatal por um trabalho de parto anormal ou prolongado, sendo a segunda maior causa, o nascimento pré-termo (KUBAN e LEVITON, 1994).

Segundo Levitt (2001), a PC é dividida em quatro grandes grupos: espástica, atáxica, atetósica e mista. Segundo o local comprometido e o quadro clínico resultante, pode-se ter as seguintes formas: quadriplégica, diplégica e hemiplégica.

Piovesana (1998) afere que o diagnóstico da PC é basicamente clínico, através da observação de padrões primitivos ou patológicos, movimentos, reflexos e tonsus. Também, alguns exames de imagens podem confirmar o exame clínico ou excluir outras causas de problemas motores. São eles: Raios-X simples de crânio, Ultra-Sonografia Cerebral, Tomografia Axial Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, Cintilografia por Perfusão Cerebral e Tomografia por Emissão de Pósitrons.

O reconhecimento precoce da PC deve depender da avaliação de rotina do desenvolvimento em intervalos regulares. No caso de um lactente com suspeita de lesão cerebral, os intervalos de exame devem ser menores, e certamente não mais do que três semanas após o aparecimento de sintomas suspeitos. Assim, intervenção precoce pode ser planejada (BOBATH e BOBATH, 1989).

Hoje, é reconhecido que o desenvolvimento motor normal se dá numa seqüência ordenada de aquisições de habilidade, apesar da variabilidade na proporção desta (MANOEL e CONNOLLY, 1997). Entretanto, na PC a lesão interfere na seqüência do desenvolvimento, e a aquisição das habilidades motoras estará prejudicada.

O conceito Bobath é amplo e baseia-se no reconhecimento de dois fatores: a interferência na maturação normal do cérebro, ocasionada pela lesão, e a presença de padrões atípicos de postura e movimento, resultante de vários componentes, sendo o tono, apenas um deles (MAYSTON, 2000). O objetivo do tratamento neuroevolutivo é transferir as experiências desenvolvidas no manuseio para as atividades de vida diárias. É um aprendizado motor (SOUZA, 1998). No trabalho de crianças com PC, hoje, tenta-se otimizar comprimento e atividade muscular dentro de um contexto funcional. Trabalha-se com os indivíduos e sua família para determinar quais objetivos beneficiarão a qualidade de vida, de um modo consensual (MAYSTON, 2000).

Ainda que os efeitos específicos da Fisioterapia, durante a reabilitação, permaneçam incertos, há evidências cada vez maiores de que a Fisioterapia imediata pode maximizar a recuperação física (ASHBURN et al., 1993). Considerando esta afirmação, o tratamento deve ser iniciado o mais cedo possível e os seus planos devem ser revisados periodicamente levando em consideração as mudanças no quadro clínico conforme a criança fica mais velha (DIAMENT e CYPEL, 2000).

A função motora grossa das crianças com PC tem sido mensurada por meio, principalmente, dos instrumentos Pediatric Evaluation of Disability Inventory - PEDI (HALEY et al., 1992) e Gross Motor Function Measure - GMFM (RUSSELL et al., 1993). Estes instrumentos têm auxiliado não somente na observação de aquisição das habilidades motoras grossas nas crianças com PC, como na avaliação dos efeitos da Fisioterapia, no planejamento e ainda como guia para reestruturação do tratamento

fisioterapêutico (BOWER e MCLELLAN, 1992; HINDERER e GUPTA, 1996; MCLAUGHLIN et al., 1991).

Neste contexto, a presente pesquisa objetivou estudar o comportamento motor de crianças com PC, classificadas como diplégicas e quadriplégicas, utilizando-se o instrumento GMFM, e comparar os resultados entre os grupos.

MÉTODOS

A amostra foi composta por nove crianças com diagnóstico de PC, quatro diplégicas e cinco quadriplégicas, atendidas no Setor de Fisioterapia Pediátrica do Hospital Universitário/Universidade Estadual de Londrina (HU/UUEL).

Para o estudo do comportamento motor das crianças com PC, foi utilizada a escala GMFM (RUSSEL et al., 1993), aplicada por avaliadora capacitada e autorizada para utilização da mesma em investigação científica. O instrumento tem a finalidade de identificar mudanças nas aquisições das habilidades motoras grossas por meio de cinco dimensões: Deitar e Rolar (Dimensão A); Sentar (Dimensão B); Engatinhar e Ajoelhar (Dimensão C); Ficar em Pé (Dimensão D) e Andar, Correr e Pular (Dimensão E). É composto de 88 itens, os quais podem ser completados por uma criança de cinco anos com habilidade motora grossa normal (RUSSEL et al., 1993). A escala foi planejada para uso em crianças com PC, e Russel et al. (1993) a utilizaram com crianças desde tenra idade até os 16 anos.

Todas as crianças do presente estudo eram acompanhadas no Ambulatório do Setor de Fisioterapia Pediátrica há longo tempo, e tratadas através do manuseio e técnicas do conceito Bobath, mantendo uma frequência, em média, de duas terapias semanais.

Foi necessário o consentimento das mães para a participação das crianças, e o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Bioética do HU/UUEL.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas nove crianças na faixa etária de dois a onze anos de idade. As Tabelas 1 e 2 apresentam a idade das crianças e os resultados das avaliações, demonstrando a pontuação em cada dimensão e no total.

Tabela 1 - Diplégicos – Pontuação de cada dimensão e total

DIPLÉGICOS							
DIMENSÃO							
CASO	idade	A	B	C	D	E	pont.total(%)
		Pont.(%)	pont.(%)	pont.(%)	pont.(%)	pont.(%)	
1	2 anos	51(100)	50(83)	14(57)	3(7)	0(0)	128(50)
2	3 anos	51(100)	60(100)	42(100)	32(82)	48(57)	233(90)
3	4 anos	51(100)	60(100)	34(81)	32(82)	48(67)	225(86)
4	11 anos	49(96)	59(98)	30(71)	19(48)	31(43)	188(71)

pont. = pontuação; pont.total = pontuação total; % = porcentagem

Tabela 2 - Quadriplégicos – Pontuação de cada dimensão e total

QUADRIPLÉGICOS							
DIMENSÃO							
CASO	idade	A	B	C	D	E	pont.total(%)
		pont.(%)	pont.(%)	pont.(%)	pont.(%)	pont.(%)	
1	2 anos	6(12)	2(3)	0(0)	0(0)	0(0)	8(3)
2	2 anos	10(20)	2(3)	0(0)	0(0)	0(0)	12(5)
3	2 anos	22(43)	11(18)	0(0)	0(0)	0(0)	33(12)
4	5 anos	32(63)	10(17)	0(0)	0(0)	0(0)	42(16)
5	7 anos	5(10)	2(3)	0(0)	0(0)	0(0)	7(3)

pont. = pontuação; pont.total = pontuação total; % = porcentagem

O grupo das crianças diplégicas apresentou pontuação maior que aquela das crianças quadriplégicas. Segundo Stokes (2000), as primeiras têm maior capacidade funcional de membros superiores, capacitando-as a adquirir mais rapidamente equilíbrio ao sentar, apesar de persistirem problemas na posição ortostática e na marcha. Na presente pesquisa, constatou-se que crianças quadriplégicas apresentaram menor pontuação para função motora grossa nas dimensões A e B, sendo que nas dimensões C, D e E, nas quais as atividades são mais complexas, não foi possível observar a presença de habilidades neste grupo (Tabela 2). O principal fator que contribui para a diferença é que as crianças quadriplégicas são afetadas com maior gravidade, tanto na distribuição como na qualidade do tono (BARTLETT e PALISANO, 2000). Nas crianças quadriplégicas, as anormalidades no tono muscular são pronunciadas e nos anos subsequentes, não é incomum encontrar deformidade fixa dos membros e do tronco, ocasionada pela imobilidade e pela espasticidade persistente (STOKES, 2000).

As crianças diplégicas apresentam-se mais uniformes em seus escores, na dimensão A e B. No entanto, nas outras dimensões existe maior variabilidade, tanto na criança

mais velha (caso 4)) como na mais nova (caso1). Provavelmente, devido à primeira ter o tono mais alto e a última, ainda estar em processo de aquisição de novas habilidades. O grupo das crianças quadriplégicas demonstrou ser mais heterogêneo na pontuação das dimensões A e B, mas independentemente da idade, não adquiriram nenhuma habilidade para as dimensões C, D e E. Neste grupo, a maior pontuação foi verificada na criança-caso 4, a qual pertence ao grupo misto de PC (atetóide e espasticidade).

Fatores como déficits sensorial e cognitivo e a epilepsia, freqüentes nas crianças quadriplégicas, também parecem ter influenciado na diferença entre os grupos. Estas observações são coincidentes com as de Bartlett e Palisano (2000).

Segundo Rosebaum et al. (2002), é possível avaliar o progresso da habilidade motora grosseira em crianças com Paralisia Cerebral através da escala GMFM, proporcionando, assim, aos pais e clínicos, elaborar planos de intervenção e avaliar seu desenvolvimento com o passar do tempo.

CONCLUSÃO

A aplicação do instrumento de avaliação GMFM contribuiu para medir a função motora grossa de crianças com Paralisia Cerebral, demonstrando a diferença de aquisição de habilidades motoras entre os grupos. Avaliações funcionais devem ser utilizadas para auxiliar o fisioterapeuta na elaboração de seu plano de trabalho, bem como oferecer subsídios mensuráveis para que se possa visualizar sistematicamente a evolução do paciente.

Pretende-se dar continuidade a este trabalho, realizando acompanhamento longitudinal das crianças e aumentando o número da amostra, para verificar a aquisição das habilidades motoras grossas no decorrer do tempo.

REFERÊNCIAS

ASHBURN, A.; PARTRIDGE, C. J.; DE SOUZA L. Physiotherapy in the rehabilitation of stroke: a review. **Clinical Rehabilitation**, v.7, p.337-345, 1993.

BARTLETT, D. J.; PALISANO, R. J. Perspective: A multivariate model of determinants of motor change for children with Cerebral Palsy. **Physical Therapy**, v. 80, n. 6, p. 598-614, 2000.

BOBATH, B; BOBATH, K. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.

BOWER, E.; MACLELLAN, D. Effect of increased exposure to Physiotherapy on skill acquisition of children with Cerebral Palsy. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 34, n. 6, p. 25-39, 1992.

DIAMENT, A.; CYPEL, S. **Neurologia Infantil**, 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

HAGBERG, B. Nosology and Classification of Cerebral Palsy. **Giornale di Neuropsichiatria del Eta Evolutiva**, 4 (supl):12-17, 1989.

HALEY, S.M.; COSTER, W.J.; LUDLOW, L.H.; HALTIWANGER, J.T.; ANDRELHOS, P.J. **Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, Standardization, and Administration Manual**, Version 1.0. Boston, MA: New England Medical Center, 1992.

HINDERER, S. R.; GUPTA, S. Functional outcome measure to assess interventions for spasticity. **Archives of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 77, p. 1083-1098, 1996.

KUBAN, K. C. K.; LEVITON, A. Cerebral Palsy. **New England Journal of Medicine**, v. 20, p. 188-195, 1994.

LEVITT, S. **O tratamento da Paralisia Cerebral e do Retardo motor**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2001.

MACLAUGHLIN, J.; BJORNSON, K.; GRAUBERT, C.; PONG, A.; HAYS, R.; HOFFINGER, S. Ability to detect functional change with the Gross Motor Function Measure: A Pilot Study. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 33 (suppl. 64), p. 26, 1991.

MANOEL, E. J.; CONOLLY, K. J. Variability and stability in the developmental of killed actions. In: CONOLLY, K. J. e FORSSBERG, H. **Neurophysiology and Neuropsychology of motor development**. London: Mac Keith Press, 1997.

MAYSTON, M. Motor Learning Now Needs Meaningful Goals. **Physiotherapy**, v. 86, n. 9, p. 492-493, 2000.

PIOVESANA, A. M. S. G. Paralisia Cerebral: Contribuição do Estudo por Imagem. In: FERRARETO, I.; SOUZA, A. M. C. **Paralisia Cerebral: Aspectos práticos**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 1998.

ROSENBAUM, P. L.; WALTER, S. D.; HANNA, S. E.; PALISANO, R. J. ; RUSSELL, D. J.; RAINA, P.; WOOD, E.; BARTLETT, D. J.; GALUPPI, B. E. Prognosis for Gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. **The Journal of the American Medical Association**, v. 288, n. 11, p. 1357-63, 2002.

RUSSEL, D.; ROSENBAUM, P; GROWLAND, C.; HARDY, S.; LANE, M.; PLEWS, N.; MCGAVIN, H.; CADMAN, D.; JARVIS, S. Gross Motor Function Measure Manual. 2nd edition. Toronto: MC Master University, 1993.

SOUZA, A. M. C. Prognóstico Funcional da Paralisia Cerebral. In: FERRARETO, I. e SOUZA, A. M. C. **Paralisia Cerebral: Aspectos práticos**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 1998.

STOKES, M.. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Premiere, 2000.

Influência da estocagem da solução de ácido clorídrico na determinação da capacidade tampão da saliva*

ALEXANDRA REGINA MARCOTTI¹
CAMILA TOIGO MACEDO¹
CINTHIA REGIANE KOTAKA²

RESUMO

Para avaliar o risco de cárie de cada paciente, há testes salivares que auxiliam o cirurgião dentista a realizar o tratamento odontológico mais adequado. Dentre os mais utilizados, há o teste da capacidade tampão da saliva. É avaliado determinando o pH final de uma mistura de saliva-ácido clorídrico. No presente trabalho, foi realizado um estudo comparativo da determinação da capacidade tampão de 117 amostras de saliva utilizando a fita indicadora de pH e verificando se a solução diluída de ácido clorídrico utilizada na técnica influencia o resultado final da capacidade tampão da saliva. Foram comparados os resultados utilizando três soluções de ácido clorídrico 0,005N: solução padrão (titulada); solução preparada a partir de um ácido clorídrico preparado no início do experimento e armazenado na geladeira; e solução preparada no início do experimento e armazenado à temperatura ambiente. O fluxo salivar dos voluntários foi também estudado. Todos os indivíduos apresentaram fluxo salivar normal. Houve divergência dos valores da capacidade tampão em sete (6%) amostras estudadas, e resultados similares em 79% (93/117) quando as três soluções de ácido clorídrico foram testadas. A maioria dos voluntários (72%) apresentou capacidade tampão normal e 28% mostraram baixa capacidade tampão. Ficou evidenciado em nosso estudo que não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados da capacidade tampão das amostras de saliva cujas misturas saliva-ácido foram feitas com ácido novo, armazenado em geladeira e em temperatura ambiente.

Palavras-chave: Capacidade tampão da saliva. Ácido clorídrico. Teste de atividade de cárie.

¹ Acadêmicas do curso de Odontologia da Faculdade Ingá - Uningá

² Professora da Faculdade Ingá – Uningá.

INTRODUÇÃO

A cárie é uma doença infecciosa, crônica, transmissível e de caráter multifatorial, em que há necessidade da interação de vários fatores em condições específicas para que ela se expresse. A desmineralização dos dentes é influenciada pelos carboidratos da dieta, por componentes salivares e microbiológicos (FEATHERSTONE, 2000; WEYNE, 1992; BURNETT et al., 1978).

A saliva tem ação protetora e lubrificante contra a cárie, facilita a limpeza mecânica dos dentes, a deglutição, a neutralização e diluição dos ácidos produzidos pelos microrganismos cariogênicos da placa. Seu sistema tampão neutraliza os ácidos produzidos na saliva e na placa, impedindo que o pH da boca atinja limites inferiores a 5,5 e inicie o processo de desmineralização do dente (NAVARRO e CÔRTEZ, 1995; WEYNE, 1986).

Para avaliar o risco de cárie de cada paciente, são utilizados testes salivares, microbiológicos e o exame clínico auxiliando o cirurgião dentista para a realização do tratamento mais adequado. Entre os testes salivares, o fluxo salivar e a capacidade tampão da saliva merecem destaque porque são de fácil execução, rápidos, de baixo custo e apresentam uma relação inversa com a experiência de cárie (MAYER, 1991; ERICSSON e BRATHALL, 1989; BRATTHALL e CARLSSON, 1988; WEYNE, 1986).

O teste da capacidade tampão é realizado determinando o pH final de uma mistura de saliva – ácido clorídrico diluído. Um aspecto desconhecido é se a solução diluída de ácido clorídrico usada na mistura saliva-ácido pode influenciar os resultados do teste da capacidade tampão considerando que, devido à baixa concentração de ácido nesta solução, pode estar inadequada se for preparada muito antes do uso e permanecer estocada de forma incorreta, apresentando no momento de uso uma concentração abaixo daquela especificada pela técnica.

No presente trabalho investigamos a influência da solução diluída do ácido clorídrico 0,005N armazenada no laboratório, nos resultados dos testes da capacidade tampão de amostras de saliva.

MATERIAIS E MÉTODOS

Voluntários. Participaram como voluntários deste estudo 117 indivíduos adultos, saudáveis, de ambos os sexos, sendo a maioria constituída por acadêmicos, funcionários e pacientes da Clínica de Odontologia da Faculdade Ingá – Uningá. Das 117 amostras de saliva analisadas, aproximadamente 50% (59/117) foram provenientes de voluntários do sexo feminino e 50% (58/117) obtidas de indivíduos do sexo masculino. A idade dos voluntários variou de 12 a 55 anos. Todos os voluntários foram informados sobre a natureza e o objetivo do trabalho e concordaram de livre e espontânea vontade em participar do estudo.

Colheita de saliva estimulada. A coleta da amostra de saliva estimulada foi feita utilizando-se o seguinte procedimento (cf. STORINO, 1988; SILVER e KRASSE, 1985; MARQUES et al., 1970): cada voluntário colocou na boca um cubo de aproximadamente 0,5 a 1 cm de parafina histológica (Labsynth Produtos para

Laboratório Ltda., Diadema, SP). Aguardou que a parafina atingisse a temperatura da cavidade oral, tornando-se amolecida. A saliva produzida durante este período foi deglutida. A seguir, a produção da saliva foi estimulada pela mastigação da parafina durante 5 minutos. A parafina era movimentada na boca de forma que todos os dentes fossem utilizados na mastigação. À medida que a saliva ia sendo produzida, ela era transferida para um tubo de ensaio graduado de 50 mL (Corning do Brasil, São Paulo, SP) estéril. Durante a obtenção da saliva os voluntários tiveram o cuidado de não colocar a parafina no tubo de ensaio com a saliva. Ao final da coleta, a parafina foi desprezada no lixo. A coleta da saliva estimulada foi realizada duas horas após a ingestão de alimentos para evitar a interferência dos produtos da digestão nos resultados dos testes (SILVER e KRASSE, 1985).

Determinação do fluxo salivar. A determinação do fluxo salivar foi realizada pela leitura direta do volume da saliva coletada no tubo de ensaio graduado de 50 mL (Corning). O volume total da saliva obtida foi registrado e o resultado expresso em mililitros de saliva estimulada produzida por minuto (mL/min). A interpretação do teste foi realizada de acordo com os seguintes parâmetros: (i) Fluxo salivar normal: 1-2 mL/min (adultos); (ii) Fluxo salivar baixo: inferior a 0,7 mL/min; (iii) Xerostomia: inferior a 0,1 mL/min (NAVARRO e CÔRTEZ, 1995; STORINO, 1988; SILVER e KRASSE, 1985).

Determinação da capacidade tampão da saliva. *Soluções de ácido clorídrico ensaiadas.* O teste da capacidade tampão da saliva foi feito empregando-se três soluções de ácido clorídrico concentrado (6N, 36%) (Dinâmica): (i) Solução A – Solução de ácido clorídrico 0,005N padrão titulada pelo método do carbonato de sódio (MORITA e ASSUMPÇÃO, 1972) preparada no dia do experimento; (ii) Solução B – Solução de ácido clorídrico 0,005N preparada no início do experimento e armazenada em temperatura ambiente, ao abrigo da luz e da umidade; (iii) Solução C – Solução padrão de ácido clorídrico 0,005N preparada no início do experimento e armazenada em geladeira. As soluções B e C foram utilizadas ao longo dos seis meses de experimento.

Realização do Teste. Três tubos de ensaio 16 x 150mm, com tampa de rosca contendo, respectivamente, 3 mL das soluções A, B ou C do ácido clorídrico 0,005N foram identificados com o nome do paciente, número e a data. A saliva, coletada no tubo de ensaio graduado de 50 mL (Corning), foi homogeneizada durante 20–30 segundos em agitador de tubos tipo “mixer” (Phoenix Ind. e Com. de Equip. Científicos Ltda., Araraquara - SP). A seguir, 1 mL da saliva foi transferida assepticamente, com auxílio de pipeta de 1 ou 2 mL, para os respectivos tubos de ensaio 16 x 150mm. A mistura foi homogeneizada invertendo-se cada tubo por 5 vezes. As tampas dos tubos foram retiradas para a eliminação do gás carbônico e cada tubo foi deixado em uma estante à temperatura ambiente durante 10 minutos. A seguir, o pH final da mistura foi determinado utilizando-se um Papel Indicador de pH (Merck, Darmsted, Germany): com auxílio de bastão de vidro foi depositada uma gota da mistura saliva-ácido clorídrico sobre a área de teste do papel indicador de pH. A leitura foi efetuada imediatamente comparando-se a cor desenvolvida no papel indicador com a escala padrão de cores fornecidos pelo fabricante. A leitura e a interpretação do teste da

capacidade tampão da saliva foi efetuada utilizando-se os seguintes parâmetros (cf. NAVARRO e CÔRTEZ, 1995; SILVER e KRASSE, 1985): (i) Normal: pH 5,0 a 7,0; (ii) Baixa: pH < 5,0.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os valores de pH obtido com o uso da fita indicadora de pH foram comparados utilizando o teste Qui-Quadrado, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os resultados da determinação do fluxo salivar dos 117 voluntários amostrados em nosso estudo são apresentados na Tabela 1. Nenhum voluntário apresentou fluxo salivar inferior a 0,7 mL/min.

Os valores do pH final dos testes da capacidade tampão determinados pela fita indicadora de pH variaram de 3,0 a 7,0. Na Tabela 2, são mostrados os resultados da capacidade tampão das amostras de saliva de acordo com os parâmetros de atividade baixa (pH final < 5,0) e normal (pH final de 5,0 a 7,0), adotados em nosso estudo.

Comparando-se os resultados da capacidade tampão obtido com o uso dos diferentes ácidos clorídricos, foram observadas divergências em sete amostras e resultados similares em 79% (93/117) das amostras. Em termos gerais, considerando-se os resultados obtidos, a maioria (67% a 72%) dos voluntários apresentou capacidade tampão normal e 28% a 33% mostraram baixa capacidade tampão (Tabela 2).

O teste Qui-quadrado não mostrou diferença significativa entre a média dos valores do pH final da capacidade tampão das amostras de saliva tratadas com as soluções "A", "B" ou "C" de ácido clorídrico 0,005N nos testes realizados com a fita indicadora de pH.

Tabela 1. Distribuição dos valores do fluxo salivar das 117 amostras de saliva estimulada analisadas.

Fluxo salivar em mL/min	Números de amostras de saliva	Porcentagem relativa
0,7 – 1,0	29	24,78%
1,1 – 2,0	66	56,41%
2,1 – 3,0	15	12,82%
> 3,0	07	5,98%

Tabela 2. Distribuição dos valores da capacidade tampão determinada com auxílio da fita indicadora de pH das 117 amostras de saliva analisadas. Avaliação das três soluções de ácido clorídrico utilizadas na realização do teste da capacidade tampão.

Capacidade tampão da saliva (pH final)	Número de amostras de saliva analisadas		
	Solução A ¹	Solução B ²	Solução C ³
< 5,0	33	32	39
5,0 – 7,0	84	84	78

¹ Solução de ácido clorídrico 0,005N padrão titulada;

² Solução de ácido clorídrico 0,005N armazenada a temperatura ambiente;

³ Solução de ácido clorídrico 0,005N armazenada em geladeira.

DISCUSSÃO

Os testes de atividade de cárie são exames laboratoriais que vêm sendo utilizados há algum tempo na pesquisa odontológica, mas apresentam ainda um uso restrito dentro do consultório (JORGE, 1998; NEWBRUN, 1988). Inúmeros deles foram descritos na literatura porém ainda não há um único teste ideal que avalia todos os fatores causadores da doença, sendo que nenhum teste que avalie apenas um dos fatores merece ser confiável (NAVARRO e CÔRTEZ, 1995; MAYER, 1991). Assim, é necessário que combinados entre si, com o exame clínico e com informações do paciente determinem o risco de cárie. Isso é importante, pois além do tratamento odontológico preventivo, a atividade de cárie indicará o tipo de tratamento a ser realizado, evitando recidivas da doença, aumentando a longevidade das restaurações (NAVARRO e CÔRTEZ, 1995; MAYER, 1991) e direcionados os recursos para a população de risco (WEYNE, 1992).

O método padrão para testar a capacidade tampão da saliva é realizado medindo em potenciômetro o resultado final do pH da mistura saliva-ácido. Porém é necessária a presença de um equipamento especial, o que dificulta a realização dessa técnica em consultórios. Estudos realizados mostraram que o uso da fita indicadora de pH é um método simplificado e pode ser utilizado com sucesso na realização do teste (KOTAKA et al., 2001; NAVARRO e CÔRTEZ, 1995; WEYNE, 1992; WEYNE, 1986; SILVER e KRASSE, 1985). Os “kits” comerciais como o DentoBuff® e o DentoBuffStrip® são também indicados para determinar a capacidade tampão da saliva no consultório odontológico.

Considerando a hipótese de que se o ácido clorídrico diluído tenha sido preparado há muito tempo e permanecer estocado de forma inadequada, no momento de uso poderá apresentar um teor de ácido muito inferior ao utilizado na técnica, influenciando o resultado do pH final. Conforme evidenciado em nosso estudo, não houve diferenças significativas nos resultados da capacidade tampão das amostras de saliva cujas misturas saliva-ácido foram feitas com ácido clorídrico novo, armazenado em geladeira

ou em temperatura ambiente. Porém, mesmo armazenado durante período inferior a 6 meses, é aconselhável fazer a titulação do produto estocado para confirmar se manteve a concentração de ácido e não houve perda da atividade do produto.

REFERÊNCIAS

- BRATTHALL, D.; CARLSSON, J. Estado atual dos testes de atividade de cárie. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV. **O Tratado de Cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica Ltda., (Tradução: S. Weyne), 1988, p. 239-257.
- BURNETT, G. W.; SCHERP, H. W.; SCHUSTER, G. S. **Microbiologia oral & doenças infecciosas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A (Tradução: W. C. de Araújo), 1978, p. 254-326.
- ERICSSON, D. e BRATTHALL, D. Simplified method to estimate buffer capacity. **Scand. J. Dent. Res.**, 97: 405-407, 1989.
- FEATHERSTONE, J. D. B. The science and practice of caries prevention. **J.A.D.A.**, 131: 887-899, 2000.
- JORGE, A. O. C. **Microbiologia Bucal**. 2. ed., São Paulo: Santos Livraria Editora, 1998, p. 66-75.
- KOTAKA, C. R. et. al. Avaliação da fita indicadora de pH na determinação da capacidade tampão da saliva, **RBAC**, 33:199-203, 2001.
- MARQUES, A. L. V.; SILVA, O. P.; PELLEGRINO, D. **Microbiologia Oral**. Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, SP., 259 p., 1970.
- MAYER, M. P. A. Avaliação de risco de cárie. Biblioteca da ABOPREV, fascículo 1, p. 5-11, 1991.
- MORITA, T.; R. M. V. ASSUMPÇÃO. **Manual de Soluções Reagentes & Solventes**. Padronização – preparação – Purificação. 2. ed., São Paulo: Edgard Blücher Ltda., 1972. p. 1-134.
- NAVARRO, M. F. L.; CÔRTEZ, D. F. Avaliação e tratamento do paciente com relação ao risco de cárie. **Maxi-Odonto: Dentística**, 1(4): 1-38, 1995.
- NEWBRUN, E. **Cariologia**. 2. ed., São Paulo: Livraria e Editora Santos Ltda., (Tradução: J. L. F. de Andrade), p.17-49, 1988.
- SILVER, J. G.; KRASSE, B. Treatment of dental caries monitored by microbial methods: report of two cases. **J. Canad. Dent. Assn.**, 51: 211-215, 1985.
- STORINO, S. P. **Princípios de Cariologia**, 1.ed., Rio de Janeiro: EPUME, p. 39-44, 1988.

WEYNE, S. Cariologia, p. 1-42. In: BARATIERI, L. N. et al. **Dentística**. Procedimentos Preventivos e Restauradores. 2. ed., Rio de Janeiro: Quintessence, 1992.

WEYNE, S. Curso para atualização e educação continuada em odontologia preventiva (cariologia). 5^a Aula. Estudo da cárie (V): o diagnóstico da atividade de cárie. A descoberta de pacientes de alto risco. **Rev. Bras. Odont.**, 43: 36-49, 1986.

Perfil de pacientes acamados da Unidade de Saúde Quebec, em Maringá - Paraná

GABRIELA SCIPIONI¹
ELAINE CRISTINA DUARTE²
JULIANA CERQUEIRA CAPELINI²
VIVIAN GIOVANA MICHELIM²
WILLIAM RAFAEL MALEZAN²

RESUMO

Este artigo tem por pressuposto traçar o perfil de pacientes que necessitam de atendimento domiciliar, sabendo que a maior parte destes são idosos e encontram-se acamados, através de pesquisa desses indivíduos relacionados no Programa Saúde da Família. Foram realizadas visitas domiciliares semanais e aplicado um questionário semi-aberto, bem como inspeção e coleta de dados vitais. Observou-se que a média geral de acometimentos associados foi um traço importante do perfil, com maior percentual de AVE com 75%; fratura de colo de fêmur, 10 %; Parkinson, 5%; esclerose, 10% e dificuldade de locomoção, 37%. Devido às alterações observadas advindas do acamamento, pode-se concluir a importância e necessidade de traçar um perfil coerente dos pacientes acamados e de suas alterações relacionadas, para que se possa, no futuro, elaborar boas condutas de tratamento e prevenção.

Palavras-chave: Acamado. Idoso. Perfil.

INTRODUÇÃO

Dentre os programas mantidos pelo governo, o plano de ação à saúde prevê as principais linhas de atuação: Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, Promoção de Ações contra a Violência, Capacitação de RH para Promoção e Escola

¹ Especialista em cardio-respiratório pela UTP - Professora de Fisiologia em Pneumologia no Curso de Fisioterapia da Uningá

² acadêmicos do 3º ano do curso de fisioterapia da Uningá.

Promotora de Saúde, Espaços Saudáveis, Comunicação e Mobilização Social. Temos, então, o PSF (Programa da Saúde da Família), que tem como objetivo divulgar e promover a saúde prestando atendimento às classes socioeconômicas menos favorecidas, cf. Ministério da Saúde (2004).

Segundo Costa Neto (2000), a estratégia da Saúde da Família propõe uma dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como para relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida. De acordo com o número de famílias cadastradas pelas equipes do PSF no ano de 2000 no Estado do Paraná, constatou-se que havia 273,035 indivíduos entre 50 a 59 anos (DATASUS, 2000).

São inúmeras as demandas de pacientes que necessitam de atendimento, sendo que a grande parte dessa população apresenta-se confinada no leito. Sendo definido por Carpenito (2000) que o acamamento leva à mobilidade física prejudicada, definido como estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco para apresentar maiores limitações físicas. E como cita Lopes et al. (1996), nos pacientes acamados normalmente existe uma série de necessidades humanas básicas, as quais, na maioria das vezes, exigem assistência sistematizada e uma série de cuidados objetivando evitar complicações.

Com estudos realizados pelo departamento de medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM), Brasil em 2003, temos uma evidência de que em centros urbanos há prevalência de doenças crônicas com diagnósticos tardios não passíveis de cura, levando pacientes a estado de grandes complicações, seqüelas, acamamentos e necessitando de tratamentos com monitorização em tempo integral. Com isso, conforme constatado por Greve (1999), podemos ter fatores do imobilismo de pacientes idosos tendo como acentuantes o próprio fator intrínseco do envelhecimento, perfazendo o sistema mais acometido, o osteomuscular, o que leva a atrofia, contraturas, imobilismo e acamamento na população geronte.

Conforme Andrade (2002), o processo de envelhecimento implica em alterações nos mecanismos de produção de energia no organismo, assim como em modificações celulares e moleculares que tornam o idoso mais vulnerável a doenças. De acordo com Yancik (2000), é previsto que nos EUA, no ano de 2030, 20% da população seja idosa com 65 anos ou mais, e no Brasil, dados do DATASUS (2000) revelam que após os 60 anos a perspectiva de sobrevivência pode variar de 13 a 20 anos, dependendo da região e do sexo.

Com isso, temos que a fisiologia do envelhecimento deve ser considerada para a compreensão de motivos que levam os idosos ao acamamento e confinamento ao leito. Hoffmann (2003) define ainda que o envelhecimento é causado por alterações celulares e moleculares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo. Esse declínio torna-se perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes. O sistema respiratório e muscular, por exemplo, começam a decair funcionalmente já a partir dos 30 anos. Ou seja, ao atingir a maturidade reprodutiva, as chances de sobrevivência do indivíduo já começam a decair.

Carvalho (1996) afirma que envelhecer é um processo comum a todos, que não passa de uma redução da capacidade de sobreviver, são processos dinâmicos que nos podem levar à morte e mostra que todos os sistemas passam por modificações, tantos fisiológicas como parte da senescência do homem (alterações de pele, tecido muscular,

percepção, visão), como patológicos relacionados à senilidade (diabetes, dislipidemias, hipertensão).

Segundo a National Health Interview Survey (1984, apud FEDRIGO, 2002), quando apenas uma condição patológica está presente, somente cerca de 5% da população idosa apresenta uma ou mais dificuldades nas atividades de vida diária. Este percentual cresce rapidamente à medida que aumenta o número de doenças associadas, atingindo 55% entre homens e 65% em mulheres. É sabido que o exercício físico pode diminuir os níveis de pressão arterial e melhorar o débito cardíaco bem como as alterações musculoesqueléticas relacionadas com a gerontice.

Conforme Fedrigo (2002), a reabilitação pode ser definida como uns dos meios de ajudar a população gerontica a conservarem-se sadias e independentes e a continuar a desempenhar suas atividades de vida diária de maneira condizente a suas necessidades, visando desde a preservação das funções orgânicas ao adiamento da instalação de incapacidades que propiciem ao acamamento.

Sabendo a importância da reabilitação para a manutenção da senescência, pode-se questionar como se poderia diminuir as complicações que levam ao acamamento, bem como suas implicações, *a priori*, traçar o perfil destes indivíduos e analisar os dados obtidos.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Neste trabalho, foram executados levantamentos bibliográficos na literatura especializada mundial sobre pacientes em estado de acamamento e, posteriormente, um estudo prospectivo de pacientes registrados pela equipe do Programa Saúde da Família, da Unidade de Saúde Quebec, em Maringá – Paraná, que se encontravam em estado de confinamento no leito, onde nos foi fornecida pelos agentes comunitários de saúde uma lista com 50 indivíduos considerados acamados. Porém, após randomizar os dados, obtivemos um grupo de 19 pacientes, sendo adotado como critério de exclusão o fato dos outros 31 pacientes fornecidos pelo Programa Saúde da Família terem uma vida independente do leito (cadeirantes e amputados, por exemplo), não levando em consideração uma amostra probabilística intencional. E com visitas semanais aos domicílios destes pacientes pela equipe de pesquisa, aplicou-se um questionário semi-aberto com os cuidadores destes pacientes e executada a avaliação de sinais vitais bem como inspeção do acamado, para se coletar dados referentes ao perfil destes pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi observado, com a aplicação dos questionários em uma amostra de 19 pacientes, que 47% dos entrevistados eram do sexo masculino e 53% do sexo feminino (gráfico1); observou-se ainda que a variação de idade entre os entrevistados do sexo masculino foi de 84 anos a maior e 53 anos a menor, com média de 68,5 anos. Nas mulheres, 98 anos a maior idade e 45 anos a menor, com média de 71,5 anos. De acordo com Hoffmann (2003), a expectativa média de vida da população ao nascer é de 69 anos para os

homens e 72 para as mulheres. A análise do crescimento populacional de diferentes faixas etárias mostra que o grupo de idosos com 60 anos ou mais é o que mais está crescendo no país.

Constatou-se também que a doença principal entre os entrevistados foi o acidente vascular encefálico (AVE), com 78% dos casos nos homens e de 70% nas mulheres; entre outras doenças principais nos homens estão o Parkinson, com 12%; fratura de colo de fêmur, 12%; e para as mulheres, esclerose, com 20%; fratura de colo de fêmur, 10%. Teve média geral entre as doenças principais o AVE, com 75%; Parkinson, 5%; fratura de colo de fêmur, 10%; e esclerose, 10% (gráfico 2). Observou-se ainda que o tempo de acamamento para os homens foi de 6 anos ou maior e 2 meses ou menor, com média de 3,09 anos; e para as mulheres, 10 anos o tempo maior e 7 dias o menor com, média de 58 anos. Silva (2002) relata em seu trabalho que os níveis de seqüelas físicas em idosos são muito freqüentes, principalmente a fratura de colo de fêmur, com grande freqüência em pacientes com mais de 70 anos, sendo grande resultante do acamamento.

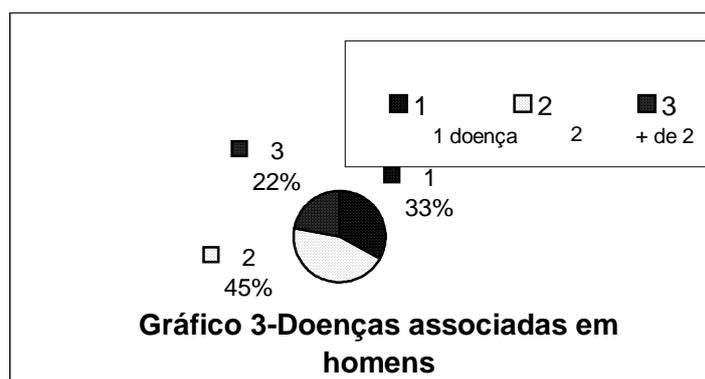
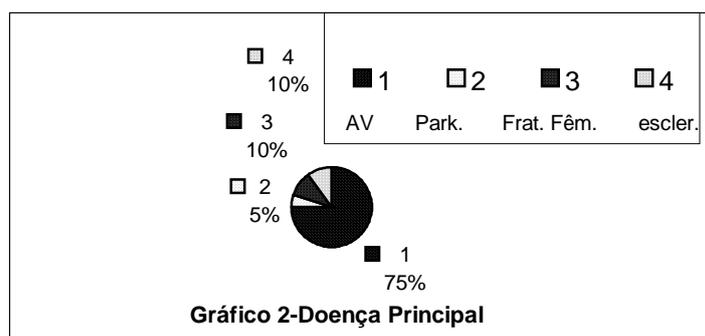
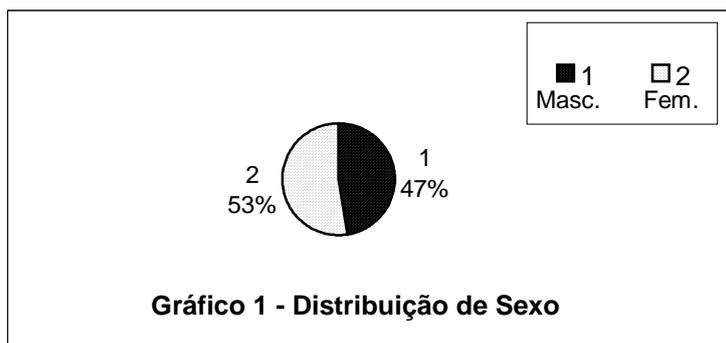
Caracterizou-se que as doenças associadas nos homens foram: a hipertensão, com 89%; artrose, 22%; Alzheimer, 11%; diabetes, 22%; depressão, 33%; e câncer de garganta, 11%; para as mulheres: a hipertensão, com 70%; artrose, 70%; depressão, 30%; e diabetes, 10%. Teve-se ainda nos homens com somente 1 doença associada 33%, 2 doenças associadas 44% e mais de 2 com 22%; e nas mulheres com 1 doença associada, 40%; com 2 doenças associadas, 40%; e mais de 2 20% (gráfico 4). Verificou-se, também, que o grau de dependência para os homens é de 78% como parcial e 22% total (gráfico 5), e nas mulheres, 40% parcial e 60% total (gráfico 6); apresentando como grau de dependência geral em 42% do total e 58% parcial.

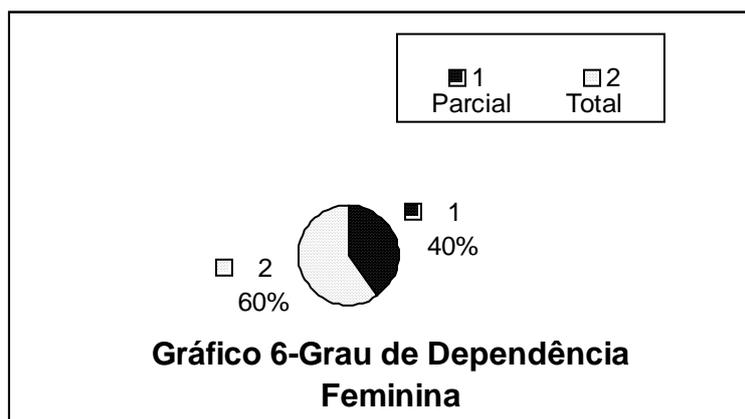
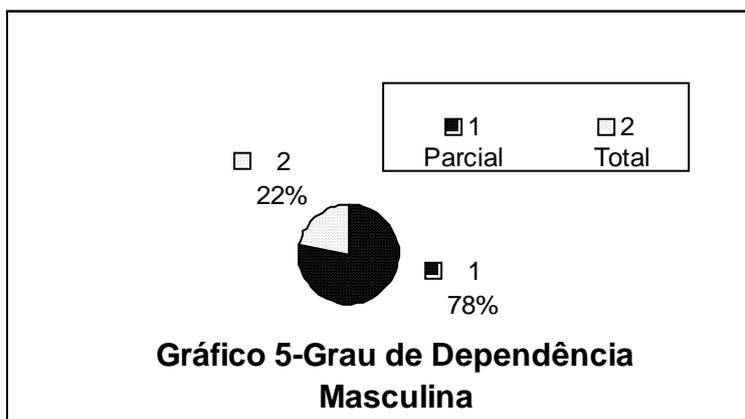
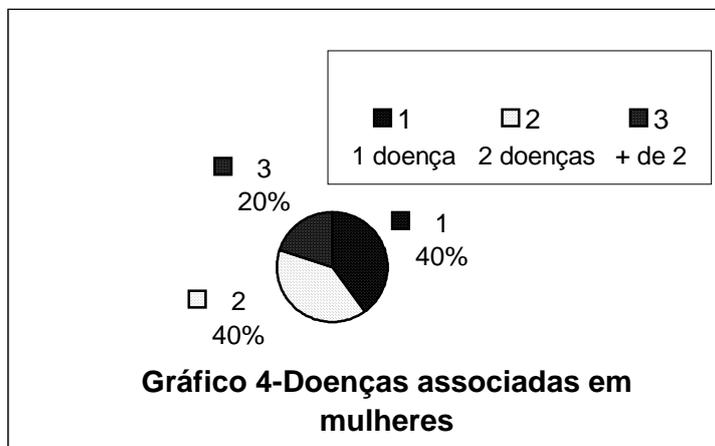
Foi referido que nos homens a queixa atual foi a dificuldade de locomoção, com 44%; dor, 34%; diarreia, 11%; e sem queixa alguma, 11% (gráfico 7); e nas mulheres, dificuldade de locomoção, com 30%; dor, 40%; poliqueixosas, 10%; e sem queixa alguma, 20% (gráfico 8), sendo as queixas gerais: dificuldade de locomoção, com 37%; dor, 37%; diarreia, 5%; poliqueixismo, 5%; e sem queixa alguma, 16%.

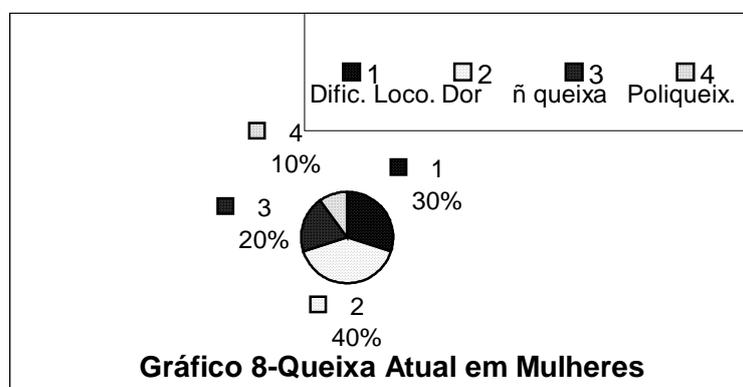
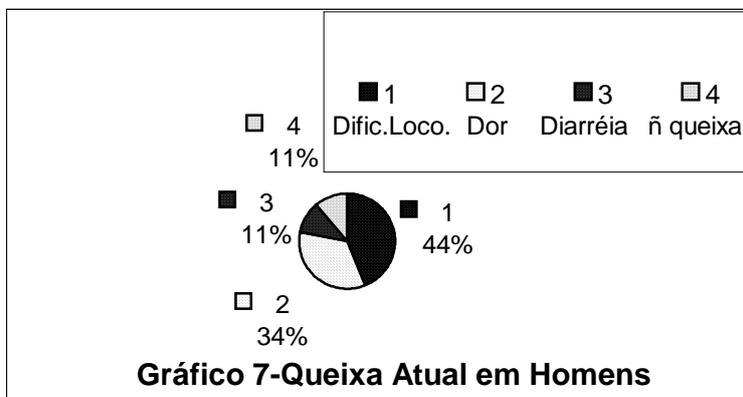
Obteve-se com o levantamento que nos homens a maior pressão sistólica foi de 160mmHg, e a menor 100mmHg, na diastólica a maior com 90mmHg, e a menor com 70mmHg, e verificou-se a pressão arterial maior em 160/90mmHg e a menor 100/70mmHg. No grupo das mulheres, aferiu-se a pressão sistólica maior com 150mmHg e a menor com 90mmHg e para a diastólica a maior com 90mmHg e a menor com 60mmHg. Aferiu-se que a pressão arterial maior foi de 150/90mmHg e a menor, de 90/60mmHg. Segundo o Consenso Brasileiro para o Tratamento da Hipertensão Arterial (1991), pelo estudo de Framingham, o risco de desenvolver DAC (Doença Arterial Coronária) cresce na proporção que os níveis pressóricos aumentam, adotando não somente as leituras dos níveis pressóricos para a prevenção mas a correlação com a situação clínica vigente para melhor análise destes indivíduos. E Rocela (1981) definiu que os hipertensos são indivíduos com maiores chances de patologias não igualmente comuns em populações com pressões arteriais menos elevadas, podendo ser elaborada uma correlação com o estado de piora dos indivíduos estudados.

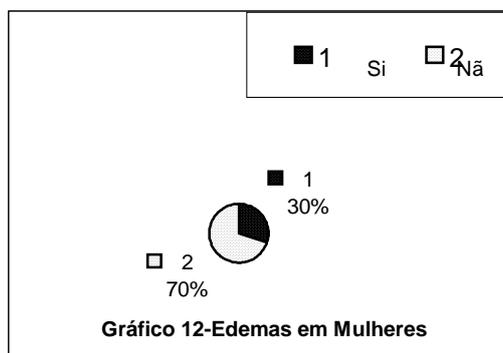
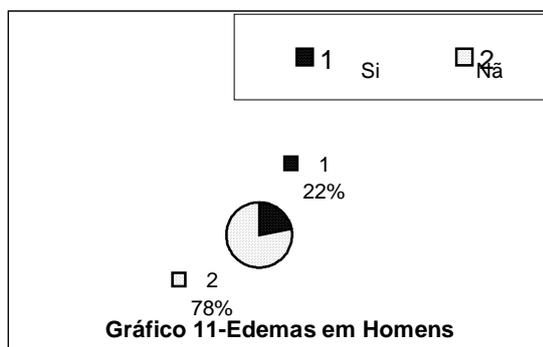
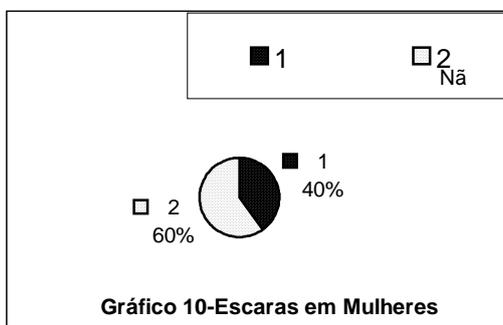
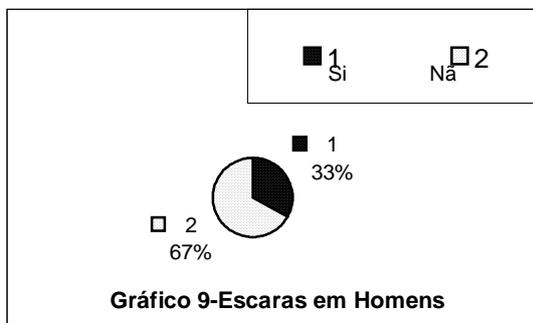
Pode-se relatar ainda que a presença de escaras no grupo masculino foi de 33% e 67% não apresentaram (gráfico 9), e nas mulheres, 40% apresentaram escaras e 60% não (gráfico 10); e em uma média geral, 37% apresentaram escaras e 63 % não. Em estudos prospectivos realizados por Ferrel (2000), nos EUA, observou-se que em uma amostra de 3.048 pacientes que passaram por hospitalização em cuidados intensivos,

10% apresentaram úlcera de pressão continuada após a sua alta, podendo ser uns dos fatores que levam à agudização do aparecimento de mais úlceras em pacientes que vão para domicílio pós-alta hospitalar. Em relação à presença de edemas nos homens, 22% apresentaram e 78% não (gráfico 11), e nas mulheres, 30% apresentaram edemas e 70% não (gráfico 12); e a relação de edemas em geral foi de 74% não apresentaram e 22% sim.









CONCLUSÃO

Baseado nos dados levantados no presente trabalho em associação com literatura, conclui-se que há uma demanda grande de complicações advindas do acamamento, independente do critério que seja usado para classificar o grau de dependência do indivíduo. O que foi descrito nos perfis dos entrevistados deixa claro o quanto é complexo defini-lo, obrigando executar estudos intensivos para melhor compreensão do que evidencia a definição de um paciente acamado, bem como seu perfil.

O que se conclui com este estudo é que o conhecimento ideal do perfil desses e de qualquer indivíduo torna-se indispensável para a prevenção de maiores complicações e qualificação de tratamento, não mais baseado em experiências mas, sim, em evidências. Obtém-se, ainda, que o Programa Saúde da Família tornou-se uma ferramenta adequada para a execução de estudos e melhoria na produção científica relativa à promoção de saúde, bem como aproximando cada vez mais a ciência da população menos favorecida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. J. C. **Envelhecimento e câncer**. Disponível em <<http://www.medstudents.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2004.

BIBLIOTECA VIRTUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil, 2004**. Disponível em <http://www.dtr2001.saude.gov.br/bvs/pub_assunto/atencao_bas.htm>. Acesso em: 08 jun. 2004.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação clínica**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CARVALHO, F. E.T.; PAPALÉO, N. M. **Geriatría: Fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CONSENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: Arq. Bras. Cardiol.,56:A1-A16, 1991.

COSTA NETO, M. M; SOUSA, M. F. **Cadernos de atenção básica: programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DATASUS. Disponível em < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi/exe?siab/cnv/psfpr.def>>. Acesso em: 20 mai. 2004.

DATASUS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 21 jun. 2004.

FEDRIGO, C. R. A. M. **O futuro de ontem é a realidade de hoje**. Disponível em <<http://www.geocities.yahoo.com.br/fisioterapiabsb/artigos/e024.html>>. Acesso em: 14 jun. 2004.

FERRELL, B. Pacientes sob cuidados no lar tem alto risco para úlceras de pressão. **Journal of the American Geriatrics Society**, UCLA, 48:1042-1047.2000.

GREVE, J. M.D; AMATUZZI, M.M. **Medicina de reabilitação aplicada a ortopedia e traumatologia**. São Paulo: Roca. 1999.

HOFFMANN, M. E. **Bases biológicas do envelhecimento**. Disponível em <http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/saude/saude_semieamis.htm>. Acesso em: 10 mai. 2004.

LOPES, C.L.R. et al. Percepção dos pacientes, sem capacidade para auto cuidar-se sobre a operacionalização no banho no leito. **R. Bras. Enferm. Brasília**, v.49, n.2, p.259-266, abr./jun. 1996.

ROCELA, E.J.; BOWLER, A.E; HORAM, M. Consideração epidemiológicas em definir hipertensão. **Clin. Méd. Norte Am.**, 5:811-829. 1987.

SILVA, A. P. S. **A influência dos fatores extrínsecos nas quedas de idosos**. Disponível em <http://www.medstudents.com.br/artigo_conteudo.asp?mnv=®id=539>. Acesso em 05 jun. 2004.

UNESP –EPM. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the epidoso project in São Paulo. Disponível em <<http://www.pubmed.com/medline>>. Acesso em 07 jun. 2004.

YANCIK, R. R. L. Aging an cancer in america. **Hematol. Oncol. North Am.** 14(1):17-23. 2000.

Home Care baseado em evidências

MARTA TIOSSI¹
ALESSANDRA MARIN²

RESUMO

Trata-se de um trabalho que tem como objetivo focar a Assistência Domiciliar, evidenciando origem, serviços prestados e resultados encontrados referentes à satisfação dos usuários, custos e qualidade da assistência.

Palavras-Chave: Custo. Assistência Domiciliar. Qualidade.

A abrangência do termo Cuidado da Saúde vem crescendo e diferenciando-se, modificando a cultura dos cuidados relacionados nesta área, enfocando a assistência domiciliar (*Home Care*).

Segundo Rimed (2002, p.11), “Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care) é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional.”

Por outro lado, abrangência do termo “cuidado da saúde” tem aumentado e se diferenciado incluindo terapia ocupacional, economia do lar, trabalhos sociais, serviços de nutrição, serviço de psicologia, entre outros (HARRIS, 1997).

Esse tipo de serviço foi dado início no final do século XIX, através de um movimento denominado “Associações de Enfermeiras Visitantes”. Desde então, a assistência domiciliar vem evoluindo alcançando hoje, de acordo com os dados norte-americanos, 20.215 *Home Care* nos Estados Unidos e em dados não oficiais, 300 empresas no Brasil. Porém, há registros que em 1813 já existiam as assistências domiciliares de maneira informal e sendo de responsabilidade das mulheres.

¹ Docente de curso de Enfermagem da – UNINGÁ –Maringá-Pr; Especialista em Administração dos Serviços de Saúde pela UNAERP; Especialista em Formação Pedagógica em Educação profissional na Área de Saúde pela UEM. Diretora do Life Ingá – Atendimento e Internação Domiciliar - Maringá – Pr.

² Graduada em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá – UEM; Enfermeira Assistencial da Life Ingá – Atendimento e Internação Domiciliar - Maringá – Pr.

O serviço de assistência domiciliar começa com o paciente, o indivíduo identificado como necessitado da assistência de enfermagem ou algum tipo de terapia. Mas apesar do paciente constituir o centro do serviço, são implementadas metas profissionais para o seu tratamento no contexto de sua família e comunidade. Nos Estados Unidos, a família, os vizinhos e outros agregados ao sistema de apoio informal ao paciente geralmente provêm cuidados vinte e quatro horas e apoio necessário durante o período em que este se encontra enfermo ou dependente.

No Brasil, o modelo de assistência domiciliar emergente pretende que a assistência vinte e quatro horas seja prestada por um acompanhante com formação técnica (auxiliar ou técnico de enfermagem), conforme Rice (1995).

É importante frisar que a casa substitui o hospital. Em vez do paciente se adaptar a um ambiente estranho, é o profissional de saúde que deve se adaptar à família e comunidade. Enfermeiras no trabalho de assistência domiciliar são consultoras especialistas, que adaptam o planejamento de tratamentos complexos para a realização em casa. Como exemplo, pode-se citar que alguns tratamentos podem envolver obtenção de equipamentos e materiais, ou a necessidade de conexão com outros serviços, ou ainda a negociação com médicos para alterar programas de medicação (RICE, 1995).

O *Home Care*, baseado em evidências, propõe a integração entre os melhores resultados de pesquisa com a experiência clínica da equipe multidisciplinar e com os valores individuais dos pacientes.

Segundo Rimed (2002, p.18), “No início do século XX, a assistência domiciliar era parte das campanhas de saúde pública que melhoraram consideravelmente a saúde dos cidadãos.” No Brasil, foi implantado o serviço de assistência domiciliar, denominado Programa de Saúde da Família (PSF), voltado para o cuidado preventivo, com mesmo intuito de prevenir internações desnecessárias e/ou manutenção de pacientes crônicos. Porém, em casos agudos ou que necessitem de acompanhamento contínuo de equipe especializada, como, por exemplo, administração medicamentosa, terapias e uso de equipamentos hospitalares, o paciente é encaminhado ao hospital de referência, para tais procedimentos. Não há uma equipe multidisciplinar que o acompanhe no domicílio de forma holística, com elaboração de um plano de cuidados e preparo do “cuidador” (pessoa identificada para dar continuidade no tratamento do paciente em questão).

Ainda segundo Rimed (2002, p.18), “Os historiadores contemporâneos, atentos às experiências do passado, sustentam a necessidade dos programas de assistência domiciliar focarem tanto na elevação moral do paciente/família quanto na intervenção da enfermidade”.

Durante o período de Atendimento ou Intervenção domiciliar, pode-se observar duas etapas de desenvolvimento, sendo elas:

1. *Recusa/Negação*: Associada à falta de conhecimento do serviço, resultando em desconfiança ou descrença da recuperação (abandono médico e hospitalar), no caso de pacientes conscientes e orientados assim como de seus cuidadores.

2. *Satisfação*: No decorrer do tratamento, com o conhecimento do paciente e da família das normas e rotinas da Assistência Domiciliar, tem-se como experiência a nítida satisfação do paciente como relatos: “Eu não tinha idéia que teria direito a esse tipo de tratamento”. “Se eu soubesse que era assim, teria vindo antes”, segundo relatos de pacientes atendidos pela empresa prestadora de serviços de Home Care – Life Ingá.

Quando se trata deste tipo de assistência, supõe-se que o custo de tal benefício é inatingível para algumas classes sociais e menos vantajosas para os convênios. No entanto, é comprovado que ocorre uma redução entre 30% a 70% do valor total dos atendimentos. Sendo, desta maneira, ao contrário do que se pensa, mais acessível aos usuários.

TABELA 1

COMPARAÇÃO DOS PREÇOS DO HOSPITAL, ENFERMEIRAS PROFISSIONAIS E ASS. DOMICILIAR			
Em milhares de dólares	1994	1995	1996
Preços do hospital por dia	1.754	1.910	1.965
Preços de enfermeiras profissionais por dia	356	402	414
Preço de cada visita de assistência domiciliar	83	84	86

TABELA 2

COMPARAÇÃO DOS CUSTOS HOSPITALARES COM O DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR			
CONDIÇÕES	Custos Hospitalares por Paciente por Mês	Custo da Ass. Domiciliar por Paciente por Mês	Poupança do Paciente por Mês
Diária Comum (1996)	1.872	88	1.784
Recém-nascido de baixo peso	26.190	330	16.290
Adultos dependentes da ventilação	21.570	7.050	14.520
Crianças dependentes de oxigênio	12.090	5.250	6.840
Quimioterapia para crianças com câncer	69.870	55.950	13.920
Terapia de antibióticos intravenosos para osteomelite, outros	1.758	1.605	153
Problemas do coração em idosos	12.510	4.650	7.860

Em milhares de dólares

TABELA 3

CUSTOS	
Custo comum calculado da diária de um hospital em 1996	1.872
Custo comum calculado da diária da assistência domiciliar em 1996	88
Gastos mensais com bebê que nasceu abaixo peso/prematuro em hospital	26.190
Gastos mensais com bebê que nasceu abaixo peso/prematuro na assistência domiciliar	330
Economia mensal para bebês prematuros na assistência domiciliar	25.860

Em milhares de dólares

Fontes: National Association for Home Care; Bureau of Labor statistics, Monthly Labor Review; National Medical Expenditures Survey, L.H. Research.

Segundo Rimed (2002, p. 25), “A procura por assistência à saúde com custos mais acessíveis encorajou o crescimento da assistência domiciliar transformando-se em motivo para sua expansão.”

Porém, para se alcançar os planos de saúde e usuários, nosso primeiro desafio é conquistar o médico. Ele deve estar seguro da seriedade e comprometimento da empresa de *Home Care*, pois é ele quem irá decidir se o paciente vai para o hospital ou para casa.

Neste ponto, encontramos uma nova barreira: “Nos EUA, seus médicos sempre fizeram visitas em casa e sempre prescreveram pedidos de cuidados profissionais a seus pacientes.” (idem, 2002, p. 11). No Brasil, essa prática vem se desenvolvendo tardiamente com o PSF. No entanto, nos atendimentos do setor privado, o médico ainda se restringe ao atendimento hospitalar ou ambulatorial, sem aderir à Assistência Domiciliar; havendo exceções entre a classe.

Não se deve esquecer que a qualidade do serviço prestado evidencia a seriedade e comprometimento da empresa, sendo ela, hoje, parte integrante de nossas vidas, abrangendo desde os aspectos puramente particulares e individuais até os serviços, produtos e sociedade em geral.

“A qualidade total começa com educação e termina com educação” (ISHIKAWA, 1986, p. 04). Essa é uma expressão usada em empresas japonesas e significa que qualquer organização que espera êxito, a longo prazo, deve aderir a essa filosofia, educando e reeducando a todos, dos altos funcionários e altos executivos aos demais trabalhadores. Esses esforços produzirão frutos quando todo empregado, sozinho ou com outros, estiver ocupado, estudando e melhorando alguma parte da organização.

Moller (1992, p. 14) afirma que “não é apenas a qualidade de produtos e serviços que é importante; as qualidades das pessoas que fazem os produtos e prestam os serviços é igualmente crucial. A qualidade do produto ou serviço depende dos esforços de indivíduos e de grupos”. Portanto, esse autor entende a qualidade como dois fatores: a Qualidade Técnica e a Qualidade Humana. A primeira visa a satisfazer exigências e expectativas concretas, como: tempo, qualidade, finanças, função, durabilidade, segurança, taxa de defeitos, garantia. A segunda, aquela que vai além dos lucros, visa a satisfazer expectativas e desejos emocionais, como: lealdade, consistência, comprometimento, comportamento, credibilidade, atenção.

No mundo da economia globalizada, qualidade é essencial. Na área da saúde, qualidade é um fator ainda mais importante, uma vez que do resultado ao atendimento prestado dependem vidas. Infelizmente, no Brasil, as condições de qualidade nos serviços de saúde são precárias e necessitam de medidas urgentes para melhoria.

O desenvolvimento de programas de garantia de qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais. Toda instituição de saúde, dada a sua missão essencial a favor do homem, deve se preocupar com seu melhoramento permanente de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médicas, tecnológicas, administrativas, econômicas e assistenciais.

A qualidade na assistência domiciliar inicialmente deve ser vista sob a perspectiva da assistência ao paciente. Certamente os consumidores – pacientes e suas famílias – estarão questionando sobre os serviços de assistência domiciliar. Estes podem definir qualidade como tendo uma enfermeira, terapeuta, ou qualquer outro profissional engajado no processo que chegue na hora marcada para fornecer os serviços de assistência contratados ou podem perceber a qualidade como sendo o respeito por sua preferência pessoal por um certo prestador de serviço. A qualidade também pode ser

medida através do confronto das perspectivas do que se espera e do que é necessário para se obter um resultado positivo. Outro critério pode ser do ponto de vista de quem é responsável pelo pagamento das despesas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se, com este trabalho, fornecer conceito e dados sobre a assistência domiciliar, levando a conhecimento dos leitores que não se trata apenas de realização de pequenos procedimentos, mas, sim, de medidas de reabilitação, manutenção e promoção da saúde, até a internação domiciliar com o uso de equipamentos hospitalares que são instalados na casa do paciente.

Em termos de satisfação, o financiador recebe redução de custos, a empresa de Home Care aumenta sua demanda e o paciente que recebe o atendimento tem suas necessidades atendidas conforme quadro clínico dentro da rotina de seu lar.

REFERÊNCIAS

HARRIS, M. D. Handbook of home health care administration. 2.ed. Aspen Publishers, 1997.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total:** à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campos, 1986.

MOLLER, C. **O lado humano da qualidade:** maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento de pessoas. Rio de Janeiro: Campos, 1992.

RICE, R. Handbook of Health nursing procedures. Mosby, 1995.

RIMED. Comércio e Representação de Produtos para a Saúde – **Divisão de Home care:** Manual do Home Care. 3. ed., São Paulo, 2002, 256 p.

A Psicologia e o esporte: uma união imprescindível

FERNANDA DA LUZ COSTA ROSSI¹
MARCOS MAESTRI²

RESUMO

O presente trabalho é uma pesquisa bibliográfica sobre a relação entre a psicologia e o esporte e tem por objetivo apresentar os vários enfoques do esporte e tipos de atletas derivados desses enfoques. Além disso, identificar a importância da presença do psicólogo no treinamento individual e nas equipes esportivas, juntamente com a descrição das funções deste profissional no treinamento das habilidades psicológicas.

Palavras-chave: Psicologia do Esporte. Psicologia Desportiva. Atletas.

INTRODUÇÃO

Por esporte “compreende-se toda atividade destinada ao aperfeiçoamento físico e mental do homem, seja pela prática livre de exercícios, seja através das competições” (CALÓ, 2000, p.1). E, neste sentido, é uma atividade intencional e não aleatória, dividida em desporto amador e profissional. O esporte amador seria aquele em que o atleta não treina com intenções lucrativas, mas, antes disto, para se divertir e ao público que o contempla. No caso do desportista profissional, há uma intenção econômica e lucrativa em seu contexto, o que pode ser analisado em cima de toda a publicidade e preparação do local onde tal situação é disputada (MOSQUERA, 1984).

Segundo Marques (2000, p. 87), “o esporte é um dos maiores fenômenos sociais da modernidade”. Tanto que é cada vez mais comum encontrá-lo em todos os níveis da sociedade. Seja na forma de lazer, na vida escolar, nos cuidados com deficientes, nas situações de reabilitações físicas ou terapêuticas. Assim, Thomas (1983, p. 1) descreve o esporte como sendo:

¹ Mestranda na Universidade Metodista de São Paulo – SP. Professora no curso de Psicologia da Uningá.

² Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Mestre em Educação. Professor e Supervisor de Estágio no curso de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá - PR.

Um fenômeno social que aparece diariamente, a qualquer hora, nas mais variadas formas sociais e de organização. Crianças e adolescentes praticam educação física na escola. [...] Muitas pessoas praticam esporte em suas horas de lazer. [...] São desportistas ativos por razões de saúde, porque gostam de conviver com outras pessoas, porque têm prazer no movimento ou porque querem gozar a sensação de relaxamento e distensão que se apresenta depois de exercícios físicos. Outros, aproveitam-se da oferta de sua firma, praticando esporte depois ou nos intervalos do trabalho (esporte classista). E, em último lugar, para determinados desportistas o objetivo é alcançar elevadas performances desportivas. Exercitam-se e treinam durante anos.

E exatamente dentro desta concepção, o esporte pode ser dividido em quatro áreas de atuação (RÚBIO, 1999):

1. **O esporte de rendimento** – é aquele em que o atleta faz do esporte a sua profissão. Quase que 90% de seu tempo passa treinando e buscando o aperfeiçoamento, tentando atingir, nos campeonatos, o seu máximo. Para tal, é supervisionado por uma comissão técnica que lhe indica os horários e números de treino, as habilidades que devem ser aperfeiçoadas, entre outros deveres. Este é o caso do indivíduo mais exigido tanto física, quanto mentalmente, pois para alcançar os títulos desejados e quebrar os recordes estabelecidos, têm, muitas vezes, que negligenciar família, amigos, estudos e oportunidades de emprego (THOMAS, 1983).
2. **O esporte escolar** – ocorre no âmbito de colégio, sendo obrigatório nos currículos educacionais de primeiro grau. Serve para introduzir o esporte na vida do ser humano e, por vezes, desperta o desejo nestes alunos de se tornarem desportistas profissionais.
3. **O esporte recreativo** – é aquele em que o atleta busca o bem-estar. É praticado voluntariamente e segundo o tempo e horário de cada indivíduo, na modalidade que melhor lhe servir. É o esporte com objetivos de beleza física e prazer individual. Devido ao culto do corpo que se tem presenciado nos últimos tempos, academias e um alto número de novas modalidades esportivas têm surgido a cada dia.
4. **O esporte de reabilitação** – devido a um grande número de portadores de doenças físicas e ou mentais, muitas pesquisas têm sido feitas no sentido de incluí-los em situações diversas. O esporte reabilitador cumpre bem tal função. Além do que, alcança vários benefícios físicos e psicológicos. Um exemplo é a equitação com portadores de Síndrome de Down (RÚBIO, 1999). É usado também para com indivíduos sedentários e doentes, que necessitam de um controle que o esporte pode proporcionar (CAMPOS et al., 2000).

O psicólogo do esporte, segundo Rúbio (1999), pode atuar em todas estas áreas. No esporte de rendimento, no sentido de analisar e transformar os determinantes psíquicos que interferem no rendimento do atleta. No esporte escolar, pesquisando os processos de ensino do esporte e como ele se reflete na formação do indivíduo. No esporte recreativo, analisando o comportamento recreativo de diferentes faixas etárias. E,

finalmente, no esporte de reabilitação, desenvolvendo um trabalho de prevenção e intervenção da relação do esporte com as emoções.

Entretanto, a procura de um psicoterapeuta no esporte ocorre em maior grau e, quase que exclusivamente, com atletas de auto-rendimento e, na maioria das vezes, só em casos extremos. Desta forma, a grande maioria dos trabalhos da psicologia esportiva se faz em cima de atletas de elite. Isto porque vem-se observando que tem sido cada vez mais difícil um atleta obter grandes diferenças em treinamentos desportivos. Pois, apesar de cada esporte ter suas regras, estratégias, limites, objetivos e “heróis”, todas estas informações são conhecidas pelo público que o pratica. Por isso, praticamente, toda a comissão técnica de um dado desporto (técnico, preparador físico, dirigente e o próprio atleta) acaba por seguir um mesmo ritmo, uma mesma linha de treinamento, salvo guardando as características pessoais de cada equipe. Entretanto, a base de trabalho acaba por ser a mesma.

Diante deste fato, o que leva um atleta a destacar-se ou não em um campeonato é sua postura emocional, como comenta Caló (2001, p.1):

O desporto mundial é rico em exemplos de atletas com capacidades físicas e técnicas extraordinárias que “não conseguem se firmar” da forma que poderiam, ao mesmo tempo em que podem-se citar vários exemplos de atletas considerados por muitos como apenas “esforçados” que atingem resultados expressivos em suas modalidades, tendo posições de destaque em equipes e seleções nacionais. Podemos citar, também, exemplos de atletas de repercussão mundial que, mesmo tendo acompanhamento nutricional e excelente preparo físico, têm lesões freqüentes devido ao estresse.

Por esta razão, as academias e clubes esportivos têm procurado preparar o atleta num todo: físico e psíquico, com o objetivo de que os resultados sejam melhores a cada momento, pois, como afirma Abdo (2000, p.15), “a preocupação com resultados mais e mais surpreendentes leva os técnicos e professores de Educação Física à busca de conhecimentos que possam auxiliar na conquista da performance desejada”.

Ser preparado tanto física quanto psiquicamente significa reconhecer que o atleta tem sentimentos, emoções, sonhos e fantasias e estes componentes fazem parte do treinamento desportivo, pois as mesmas não são esquecidas no momento de treinamento nem no campeonato, muito pelo contrário, tornam-se um grande fator de influência na obtenção dos resultados. Ou seja, da mesma forma que o mundo tem mudado, se globalizado, as exigências e necessidades do esporte também mudaram, por isso faz-se necessário entender como é a atividade esportiva hoje.

Becker (2000) afirma que o perfil do esporte tem mudado. Antes tinha um objetivo recreativo e educacional, como uma brincadeira, enquanto que nos dias atuais, o esporte foi transformado em um espetáculo, onde o atleta tem que apresentar o máximo de rendimento com a maior rapidez possível, como segue:

O maior rendimento hoje não é suficiente amanhã, pois toda a sociedade está a exigir dele que a cada competição ultrapasse seus limites. Para alcançar este rendimento houve uma enorme evolução da preparação física, técnica, tática e da tecnologia aplicada ao esporte. Os treinadores e preparadores têm aumentado sobremaneira a carga de treinamento transformando o atleta em máquina e o esporte em trabalho compulsório (p. 16).

Assim, o talento, que foi durante muito tempo a base de qualquer esporte, deixou de ser um requisito único. Mas, antes, somam-se a este talento o treinamento que obteve, a rotina diária que seguiu, os alimentos que ingeriu, os patrocínios que conquistou e as pressões pelas quais passou. Estas circunstâncias são as que ditarão os resultados de uma competição. Estes fatos geram um grande estresse no atleta, podendo levá-lo a perder uma prova mesmo sendo seu adversário menos preparado.

Ou seja, o esporte perdeu o sentido de jogo, para se tornar uma profissão de difícil manutenção e altíssima exigência. Situação analisada facilmente nos campeonatos. Isto, devido ao fato de que a competição é o momento mais esperado do esporte, pois são através das provas que se pode alcançar o desfecho de todo o esforço despendido anteriormente.

De Rose Jr. (2000b, p.31) assinala que “a competição é o momento no qual o atleta demonstra toda a sua qualidade; é onde aparecem suas falhas; é a chance de consagração ou o risco do fracasso”. Exatamente, por isso, o desportista tem se preparado cada vez mais para estes momentos, não bastando mais uma preparação apenas física, mas surge a necessidade de um diferencial diante das provas, o preparo mental, pois “durante e após uma competição, o atleta recebe um número incontável de estímulos que podem ser positivos ou aversivos, e que o auxiliam ou atrapalham no processo de escolha da resposta adequada” (CALÓ, 2000, p.2)

Uma grande parte dos atletas é assessorada em suas necessidades técnicas, físicas e preparatórias e, mesmo tendo apenas o técnico como seu tutor, este procura lhe preparar da forma mais completa possível. Entretanto, quando ocorre um resultado negativo em dada competição, surgem sentimentos muito fortes de desajuste, fracasso, incapacidade e tristeza, sendo que, o que muitas vezes está faltando é desenvolver algumas habilidades psicológicas.

Como afirma Weinberg (2001, p. 250):

As pessoas não entram no mundo equipadas com habilidades mentais – é um equívoco pensar que campeões são natos e não fabricados [...] Sim, todos nós nascemos com certas predisposições físicas e psicológicas, mas habilidades podem ser aprendidas e desenvolvidas, dependendo das experiências que encontramos em nossas vidas.

Entretanto, poucos são os atletas que buscam este tipo de auxílio. O que se observa é que, quando um atleta demonstra precisar de melhor preparo físico, um preparador físico é escalado para tal trabalho, mas se o desportista está mal psicologicamente, o profissional que atua nesta circunstância acaba por ser o próprio treinador ou um amigo. Tanto que, na Copa do Mundo de 1998, quem assumiu o posto de preparador psicológico da seleção brasileira de futebol foi um engenheiro (CALÓ, 2001).

É exatamente por esta falta de amparo que se observa a necessidade e importância de um psicólogo agir conjuntamente com outros profissionais, no sentido de assegurar a boa qualidade de um esportista, pois, quanto mais um atleta está rodeado por uma gama de profissionais especializados, mais suas habilidades são trabalhadas, possibilitando, desta forma, mais chances de vitórias a cada prova. Sem contar que tem-se observado a interdisciplinaridade como uma tendência mundial. Citam-se, como exemplo, os

hospitais e as escolas, onde há cada vez um número maior de profissionais diferentes, mas com um mesmo objetivo: propiciar um ambiente de trabalho e vida adequados ao sujeito ali inserido. De Rose Jr (2000 b, p. 31) confirma este ponto imprescindível na vida de um atleta:

Um atleta, para competir, depende de sua preparação física, preparação técnica, preparação tática e preparação psicológica. Esses quatro fatores devem ser tratados com a mesma importância e, juntos, podem dar ao atleta ou à equipe melhores condições de obter os resultados desejados. [...] A preparação técnica ocorre simultaneamente com a física e consiste na aprendizagem e no aperfeiçoamento dos gestos básicos de cada esporte e suas variações, progredindo para a preparação tática (individual e coletiva), que é enfatizada em períodos mais próximos à competição. É também neste período que se enfatiza o aspecto psicológico. Com esse trabalho procura-se preparar o atleta para as diferentes solicitações de uma competição.

Não é difícil encontrar equipes desportivas, onde o atleta é amparado apenas pelo técnico. O que pode ocorrer por uma dificuldade econômica, que dificultaria a contratação de outros profissionais, como também pela falta de conhecimento sobre a necessidade de uma comissão técnica completa, principalmente quanto à presença de um psicólogo nesta equipe. Este, na verdade, seria o maior problema. De Rose Jr. (2000 b, p. 34 e 36) descreve bem a razão de tal circunstância:

Muitos técnicos, por terem sua formação na área de educação física, na qual a psicologia faz parte dos currículos [...] se consideram (de forma errônea) capacitados a desempenhar esse papel tão importante [...] em nosso país qualquer pessoa (formada ou não) julgava-se e ainda se julga capaz de atuar como técnico em equipes, prescrever exercícios e elaborar metodologias para atividades, entre outras [...]. No entanto, sendo uma área multidisciplinar, com possibilidades de ambos os lados, a investigação e o estudo dos fenômenos não poderiam ser monopólio de um setor só.

Samulski (apud De ROSE JR., 2000 b, p. 35) completa que:

A Psicologia do Esporte tem como funções primordiais a descrição, a explicação e o prognóstico de comportamentos com o fim de aplicar e desenvolver programas de intervenção, buscando o melhor rendimento dos atletas e respeitando os princípios éticos. Dessa forma, espera-se que o psicólogo esportivo atue neste sentido, mas **sempre em conjunto com a comissão técnica, e nunca perdendo de vista os objetivos traçados por ele**. Deve também lembrar que, nessa estrutura, **o técnico é o ponto central e é quem toma as decisões sobre o aproveitamento ou não de determinado atleta** (grifos nossos).

Isto posto, comprova-se que o esporte mudou e com ele as necessidades do atleta. Desta forma, quanto mais resultados tal indivíduo pretender alcançar, mais necessitará de um quadro de profissionais que o direcionem para tal circunstância e, neste sentido, como coloca Brunoro e Afif (apud FLEURY, 1998, p. 51), o psicólogo é fundamental

Quando uma equipe considera a estrutura emocional algo que influenciará nos resultados, passa a dar maior atenção à psicologia porque a parte mais emocional aparece nos momentos de decisão de um grande time. Se os jogadores não estiverem em sua melhor condição emocional, podem perder um jogo decisivo e, com isso, um campeonato. Conseqüentemente, todo investimento efetuado e a dedicação dos atletas ao longo da temporada vão por água abaixo.

Assim, quando o esporte se torna uma profissão, estar qualificado de todas as formas pode fazer toda a diferença na obtenção de resultados. Enfim, o esporte mudou. E o atleta, quem é ele e quais são suas necessidades?

O ESPORTE E O ATLETA

Como o esporte é composto por várias modalidades, como atletismo, corrida, natação, futebol, tênis, vôlei e tantos outros, cada um deles é estruturado com um tempo específico de duração da competição, um número diferente de regras, um recorde específico e um estilo de trabalho único. Como, por exemplo, a corrida de 100 metros, que tem a duração de 10 a 11 segundos de exercício, exigindo um grande desempenho anaeróbico e a impossibilidade de erros. Enquanto o tênis, uma partida pode durar entre uma e quatro horas, acarretando em um desempenho tanto aeróbico quanto anaeróbico, sendo que o erro em um momento não acarreta na perda da prova.

Mas há um fator imutável, independente da escolha do esporte. Este fator é o atleta, pois, por mais diferente que seja o desporto, quem o faz é um ser humano. Claro que as pessoas são diferentes em suas personalidades, sendo suas razões exclusivas de cada um, mas as emoções são as mesmas em todas as pessoas. E é neste sentido que a Psicologia encontra seu fundamento de ação no esporte. “Psicologia significa o estudo ou discurso (logos) acerca da alma ou espírito (psique). [...] é a ciência do comportamento. [...] o estudo de todas as manifestações do ser humano” (BRAGHIROLI, 1990, p. 23).

Assim, para se entender a atuação de um terapeuta no desporto, faz-se antes necessário conhecer quem é o atleta, com suas necessidades e dificuldades. Neste sentido, Becker (2000, p. 318) descreve que

Há no esporte um momento em que toda a responsabilidade está nas mãos de um só atleta e este tem toda a noção da responsabilidade que incide sobre ele e o ato motor que irá executar dentro de alguns segundos [...] Numa situação estressante como essa, os atletas podem apresentar diferentes reações de sucesso ou fracasso.

Este momento, para o atleta de auto-rendimento, é decisivo. Entretanto, cada indivíduo reage de uma forma diferente diante de uma situação como essa. E, muitas vezes, aposta a sua atuação no treino, alcançando, desta forma, o fracasso ou a vitória. Segundo Becker (2000), há quatro tipos de atleta:

1. EQUILIBRADO – seu rendimento é o mesmo tanto nos treinos quanto nas competições.

2. **POSITIVO NOS CAMPEONATOS** – tem um rendimento altíssimo durante o campeonato, enquanto nos treinos não apresenta boas colocações. É um atleta que surpreende.

3. **OSCILANTE** – seu desempenho depende do momento, seu rendimento é imprevisível.

4. **POSITIVO NOS TREINOS** - são os atletas que apresentam um desempenho altíssimo no treinamento. No entanto, no momento de campeonato, sua atuação é bem irregular.

Ou seja, os dois primeiros se destacam em suas atuações, principalmente quando são testados de forma estressante nos treinamentos. O grande problema fica com os dois últimos, pois o atleta Oscilante ou o Positivo nos Treinos são mais suscetíveis a se deixarem levar pelas emoções. Sentimentos como medo, ansiedade ou vergonha do público são comumente apresentados como fatores que impedem a vitória. Há, ainda, situações de nível pessoal, tais como: problemas familiares, dificuldades financeiras ou discussões com pessoas inseridas no esporte. Estas circunstâncias também influenciam nos comportamentos durante o campeonato.

E não se pode esquecer que cada indivíduo é único e reage diferente mesmo quando colocado diante de uma mesma situação. Sentimentos ou situações, tais como as descritas acima, podem servir como força propulsora de incentivo para um atleta vencer, enquanto que para outros pode servir como a chave de uma derrota. E exatamente para se evitar que o resultado de um campeonato seja negativo, devido à dificuldade destes participantes, é que se faz tão importante a presença de um equilíbrio emocional no momento de competição.

Isto porque, como descreve De Rose Jr. (2000 b, p.31),

qualquer que seja o nível dos atletas, o fator que determina toda a preparação e os cuidados é a competição [...]. Portanto, toda a preparação se faz com o objetivo de proporcionar ao atleta condições para atingir o melhor nível de desempenho em uma determinada competição. É claro que devem ser consideradas as peculiaridades de cada esporte e os diferentes tipos de competição [...]. Mas, independentemente desses fatores, o trabalho de preparação é árduo e exige do atleta muitos sacrifícios e total dedicação ao seu trabalho.

Normalmente, dentro deste trabalho de preparação, estão envolvidos vários profissionais que atuam direta ou indiretamente no resultado das competições, por exemplo: técnico, preparador físico, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, árbitro, dirigentes, imprensa, entre outros.

De maneira geral, uma equipe tem uma estrutura básica na qual o posto central é ocupado pelo técnico, que tem como responsabilidade maior organizar e colocar em prática os planos elaborados para tal equipe, tomando as principais decisões. Dependendo de suas convicções e também de fatores extra-equipe (como dirigente, patrocinadores, etc.), o técnico pode ser assessorado por profissionais, como preparador físico, médico, fisioterapeuta e assistente técnico, que formariam a comissão técnica responsável pelo trabalho multidisciplinar com os atletas (De ROSE Jr., 2000 b, p.32).

Feijó (2000) descreve ainda que há uma vasta diversidade profissional, com diferentes pontos de vista sobre o esporte e, dependendo desta visão, há um tipo específico de profissional que o desenvolve:

Existem várias maneiras de se interpretar o esporte. Ele pode ser visto do ponto de vista da biomecânica. Pode, também, ser encarado sociologicamente, além de se enquadrar dentro de outras disciplinas, como a Filosofia, a Administração, a História, a Arte, a Economia. A dimensão humana do esporte, que dá ênfase aos seres que praticam jogos, presta-se perfeitamente para ser analisada pela Psicologia (p. 21).

Desta forma, procuramos descrever alguns papéis que o psicólogo pode desempenhar numa equipe esportiva e, neste momento, pretende-se aprofundar este assunto.

O PAPEL DO PSICÓLOGO EM EQUIPES DESPORTIVAS

Em primeiro lugar, faz-se necessário entender as áreas de estudo que a Psicologia Esportiva aborda, como bem descreve De Rose Jr. (2000 a, p.30):

A Psicologia do Esporte aborda e investiga duas áreas de estudo: o **esporte e o exercício** [...] No caso do esporte, a psicologia tem buscado investigar aspectos relacionados à prática esportiva estruturada, visando o rendimento esportivo individual e coletivo, cujo objetivo é a obtenção do melhor desempenho e, é claro, a vitória. [...] Na área do exercício a psicologia tem atuado no sentido de contribuir para a manutenção do bem estar geral do indivíduo (não atleta) que faz da atividade física um meio para a melhora de seu estado geral de saúde (inclusive a saúde mental) (grifos nossos).

Pois, como citado anteriormente (RÚBIO, 1999), o *esporte* se divide em quatro perspectivas: rendimento, escolar, recreativo e de reabilitação. E, em todos estes, tanto o psicólogo quanto profissionais do esporte podem atuar. Apenas não se pode esquecer de que é papel de um terapeuta trabalhar no sentido de “desenvolver habilidades psicológicas para melhorar o desempenho em competições e nos treinamentos” (WEINBERG, 2001, p. 29).

No contexto competitivo, que envolve o *exercício*, o papel deste profissional é, primeiramente, analisar a atividade física, observando o que ocorre nestas circunstâncias que modificam os comportamentos do atleta, interferindo no seu desempenho. Em segundo lugar, o atleta é analisado em suas características pessoais e grupais que o levam a assumir determinado comportamento (De ROSE Jr., 2000 a).

Como o principal objetivo da Psicologia Esportiva é trabalhar os sentimentos e comportamentos inadequados, como ansiedade, frustração e estresse, substituindo-os por atos sobre os quais o indivíduo possa ter controle, surge o Treinamento Psicológico que “é um programa de preparação composto por diferentes técnicas que proporcionam ao atleta ou praticante de exercício a aprendizagem, manutenção e aperfeiçoamento psicofísico” (BECKER, 1998, p. 14).

Weinberg (2001, p. 248) chama este preparo de “Treinamento de Habilidades Psicológicas (THP)” explicando-o como sendo “a prática sistemática e consistente de habilidades mentais ou psicológicas. [...] Tal como as habilidades físicas, habilidades psicológicas também precisam ser sistematicamente treinadas”.

Estas habilidades são desenvolvidas no THP em três fases: educação, aquisição e prática. Na fase de educação, os atletas são informados sobre o que é a Psicologia Esportiva, as conquistas que podem ocorrer através dela e os direitos e deveres que terão neste treinamento. É neste momento que são esclarecidas as dúvidas que os contratantes têm. A fase de aquisição é o momento onde ocorre efetivamente o treinamento. Através de encontros formais e informais são usadas técnicas e estratégias que direcionam os atletas a adquirir as habilidades por eles pretendidas, enquanto que, na fase prática, o atleta, de forma supervisionada, avalia se as habilidades que foram estudadas e exercitadas foram alcançadas, para que, em caso negativo, elas possam ser re-elaboradas.

Para isto, características como: estabelecimento de metas, auto-regulação da atividade, auto-imagem, motivação, mentalização, auto-confiança, concentração, entre outros, são trabalhadas e estudadas tão exaustivamente quanto as atividades físicas, pois, segundo Samulski (apud BECKER, 2001, p. 25), “a meta do treinamento das capacidades psicológicas é desenvolver, estabilizar e aplicar as capacidades e habilidades psíquicas em diferentes situações, em forma variada e flexível”. Estas habilidades são desenvolvidas em reuniões grupais ou individuais com dinâmicas de grupo e técnicas estudadas na graduação de psicologia.

E o mais importante, e que prova a seriedade do psicólogo neste trabalho, é que estas habilidades não modificam o atleta apenas em sua atuação na academia ou campeonato e, sim, em todo seu contexto de vida. Por exemplo, se um indivíduo aprende a controlar sua ansiedade, esta característica não se fará presente apenas antes de entrar no ringue para uma luta, mas também ao enfrentar uma situação de dificuldade financeira.

Pois, como afirma Samulsky (2002, p.8):

O aconselhamento psicológico tem como meta ajudar os técnicos e desportistas a entender e solucionar, da melhor maneira possível, os seus problemas psicológicos e sociais. Uma tarefa específica do psicólogo é ajudar emocionalmente as pessoas nas fases de insegurança, a fim de que elas possam encontrar rapidamente a sua segurança e autoconfiança.

E, neste sentido, o psicólogo pode atuar como clínico ou consultor. As duas áreas têm em comum a tentativa de levar os atletas a desenvolverem capacidades que os levem a alcançar um excelente rendimento tanto nos treinos quanto nos campeonatos. A diferença está no fato de que o clínico trabalha de forma individual, com desportistas que “experenciavam problemas emocionais, tais como depressão, ansiedade, medo, dependência de drogas e conflitos pessoais [...] sendo capazes de diagnosticar e tratar psicopatologias, administrar e interpretar testes psicológicos” (BRANDÃO, 2000, p.40).

Enquanto que o consultor atua juntamente com a comissão esportiva da vida do atleta, seja este de um esporte individual, como o tênis, até um esporte de equipe como o vôlei, a atuação do profissional ocorre no sentido de ser um intermediário entre

técnico e atleta, em medir o potencial dos desportistas, analisar as condições dos treinos e preparar técnicas de habilidades mentais que possibilitem a otimização do desempenho de tais indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da Psicologia Esportiva é cuidar do ser humano em questão no todo em que ele está inserido, levando-o a aprender e a lidar com as situações da melhor forma possível, o que possibilita atletas mais estáveis em seus comportamentos e com maior chance de obter resultados positivos tanto nos treinos quanto nos campeonatos. Por esta razão, torna-se tão imprescindível a inclusão do Psicólogo na comissão técnica de esportes de rendimento. Sua atuação pode, além de ser positiva para os atletas, ser produtiva nos resultados. “O atleta de alto nível tem que buscar o equilíbrio emocional. Fica clara a importância do quociente emocional no desempenho dos atletas de alto nível. Quem tiver mais competência emocional terá vantagens” (LUXEMBURGO apud FLEURY, 1998, p. 120).

REFERÊNCIAS

- ABDO, Eliane. Psicologia do esporte no Brasil. In: RÚBIO, Kátia. **Encontros e desencontros: descobrindo a psicologia do esporte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 15-20.
- BRAGHIROLI, Elaine Maria et al. **Psicologia geral**. 9. ed. Porto Alegre: Vozes, 1990.
- BECKER Jr., Benno; SAMULSKI, Dietmar. **Manual de treinamento psicológico para o esporte**. Porto Alegre: Feevale, 1998.
- BECKER Jr., Benno. **Manual de psicologia do esporte & exercício**. Porto Alegre: Novaprova, 2000.
- BRANDÃO, Maria Regina F. A formação e profissionalização do psicólogo do esporte. In: RÚBIO, Kátia. **Encontros e desencontros: descobrindo a psicologia do esporte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 37-44.
- CALÓ, Fábio Augusto. **O que é a psicologia do esporte**. Disponível em <<http://pages.apis.com.br/psicologia/PsiEsporte.htm>> Acesso em 05 abr. 2000.
- CALÓ, Fábio Augusto. **O que é a psicologia do esporte**. Disponível em <<http://pages.apis.com.br/psicologia/programa.htm>> Acesso em 23 out. 2001.
- CAMPOS, Rebecca et al. Psicologia do esporte de reabilitação. In: RÚBIO, Kátia. **Encontros e desencontros: descobrindo a psicologia do esporte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 97-104.
- DE ROSE Jr., Dante. A psicologia do esporte e no esporte: a participação do profissional do esporte e da psicologia. In: RÚBIO, Kátia. **Encontros e desencontros: descobrindo a psicologia do esporte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000 a, pp. 29-36.

- _____. O esporte e a psicologia: enfoque do profissional do esporte. In: RÚBIO, Kátia. **Psicologia do esporte: interfaces, pesquisa e intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000 b. p. 29-40.
- FEIJÓ, Olavo G. Psicologia do esporte e no esporte. In: RÚBIO, Kátia. **Encontros e desencontros: descobrindo a psicologia do esporte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 21-28.
- FLEURY, Susy. **Competência emocional: o caminho da vitória para equipes de futebol**. São Paulo: Gente, 1998.
- MARQUES, José Anibal A. Iniciação esportiva: um instrumento para a socialização e formação de crianças e jovens. In: RÚBIO, Kátia. **Psicologia do esporte: interfaces, pesquisa e intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p. 29-40.
- MOSQUERA, Juan José M. **Psicologia do desporto**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1984.
- RÚBIO, Kátia. A psicologia do esporte: histórico e áreas de atuação e pesquisa. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 3, n. 19, p. 60-69, 1999.
- SAMULSKI, Dietmar. **Psicologia do esporte**. São Paulo: Monole, 2002.
- THOMAS, Alexander. **Esporte: introdução à psicologia**. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1983.
- WEINBERG, Robert S. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

A comunicação verbal de uma equipe médica: necessidades apresentadas pelos visitantes

ANA CLEIDE SOARES VICTOR¹
LAURA MISUE MATSUDA²

RESUMO

O presente estudo buscou levantar informações a respeito do conteúdo e das formas como a comunicação se processa entre a equipe médica e os visitantes de uma UTI-adulto. Participaram 27 visitantes de uma UTI, após terem conversado com o médico deste setor. Os dados foram coletados por intermédio de entrevista estruturada, em local privativo, após consentirem por escrito. Dentre os resultados obtidos, 8 visitantes não compreenderam tudo o que o médico havia informado; 24 nunca receberam informações por escrito do médico; 25 nunca repetiram para o médico o que este havia informado (*feedback*); e 12 não receberam nenhum estímulo para fazer perguntas. Quanto a **o quê** gostariam de ser informados, mencionaram: doença (22) e resultados de exames e tratamento (8), respectivamente). 14 gostariam de ser informados a respeito do estado geral do cliente e 8 a respeito do prognóstico. As três sugestões mais citadas para melhorar a comunicação entre ambos foram: receber mais detalhes a respeito do estado geral do cliente, mais abertura para fazer perguntas e receber informações por escrito. Os dados apontam que o processo de comunicação entre a equipe médica e os visitantes da UTI pesquisada necessita ser melhorado.

Palavras-chave: Comunicação. Enfermagem. UTI.

¹ Enfermeira da UTI-Adulto do HURM-PR. Mestre em Administração. Prof^ª Assistente do Dpto Enfermagem da Uningá-PR.

² Enfermeira. Prof^ª Dr^ª do Departamento de Enfermagem da UEM – PR.

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo complexo que envolve a transmissão, a recepção e a compreensão de informações por meio da fala, da escrita, de gestos, da mímica e de diferentes tipos de sons (tom de voz, grunhidos, pausas...). De acordo com a literatura, todas as manifestações humanas podem ser agrupadas em três formas: verbal, não-verbal e paralinguagem.

Quanto à definição do termo comunicação, Littlejohn (1978) afirma que, devido à natureza complexa e multidisciplinar do processo, o termo não tinha uma definição concisa, clara e universal. Ainda hoje, procurando em diversas publicações, não encontramos resposta para esse vácuo. Assim, para efeitos deste estudo, consideramos a definição de Vestal apud Marquis e Huston (1999) que enunciam como sendo "... a troca de significados entre e no meio de indivíduos através de um sistema compartilhado de símbolos (verbal e não-verbal) que possui o mesmo sentido tanto para o emissor, quanto para o receptor da mensagem."

Nas últimas décadas, a crescente tecnologia dos meios de comunicação tem contribuído para importantes avanços, produzindo benefícios à humanidade como: a transmissão/troca de informações em tempo real e a redução de barreiras entre diferentes línguas (MATSUDA et al., 2000). Acrescentamos a esses itens a redução das distâncias geográficas e culturais.

Acreditamos que, no contexto dos serviços de saúde, a comunicação é o fator mais importante a ser considerado, pois as variáveis *tempo* e *técnica* muitas vezes devem ocorrer de forma concomitante, visto que podem determinar a manutenção/recuperação da vida. Assim, a participação de todas as pessoas que, direta ou indiretamente, influenciam/atuam nos processos de assistência, prevenção, diagnóstico e tratamentos devem ser considerada como ferramenta indispensável.

Sabemos que no trabalho em saúde a comunicação, na maioria das vezes, está aquém do desejado.

No contexto hospitalar, o subsistema Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o local onde normalmente abriga os clientes em estado crítico, o que gera angústias e medo nos familiares e/ou pessoas próximas a ele, bem como exige a permanente atenção e tomada de decisões rápidas e seguras dos que atuam nesse serviço. Neste contexto, a comunicação intra-equipe e extra-equipe, assume importância ímpar no sentido de que não ocorram falhas em nenhum momento dos processos de atendimento. Assim, a comunicação eficaz, sem dúvida, pode prevenir importantes prejuízos ao cliente¹, ao profissional e/ou ambiente.

Na enfermagem, estudos como o de Plowright (1996); Domingues et al. (1999); Scarelli (1993); Nascimento e Martins (2000) e Santos et al. (1999), os quais abordam a respeito das famílias² (visitantes) de UTIs, afirmam que a comunicação (informação) consiste em um dos principais meios capazes de gerar ou minimizar angústias nos familiares. Outro fator citado pelas autoras é que o visitante pode e deve ser considerado como um importante aliado na recuperação do cliente.

Ao falar da qualidade na saúde, no que tange à categoria médica, Mirshawka (1994) e Nogueira (1994) apontam a necessidade desses profissionais aterem-se à comunicação

¹ O termo cliente se refere à pessoa hospitalizada/internada.

² No contexto deste estudo os termos visitantes/familiares serão utilizados como sendo sinônimos.

efetiva nos processos de atendimento. Já Knobel (1998), ao comentar a humanização em UTI, destaca a necessidade "... da comunicação efetiva no sentido de identificar as dificuldades e promover o melhor plano para a solução dos impasses."

Quanto à comunicação verbal (escrita e falada) efetuada entre a equipe médica e visitantes de UTIs, não temos encontrado nenhuma publicação específica sobre esse tema. Plowright (1996) também salienta a escassez de estudos a respeito. No entanto, o que temos observado por intermédio do nosso cotidiano hospitalar é que a comunicação entre o profissional médico, assim como de outros profissionais e os seus familiares, é pouco freqüente e quase sempre muito breve. Robertson (1996) também comenta a respeito.

Diante da problemática apresentada, julgamos oportuno que, apesar de sermos profissionais de diferentes disciplinas, pesquisas neste campo devem ser desenvolvidas de modo a investigar as deficiências e possibilidades desse trabalho tão antigo e necessário à sociedade. Nesse âmbito, o corporativismo e a hegemonia do saber e fazer devem ser deixados de lado.

Vale lembrar que o intento dos inquiridos a respeito da atuação de outras profissões não deve ser tomado no sentido de depreciar a categoria, mas, sim, de subsidiar discussões e mudanças. Quanto ao estudo que ora realizamos, pensamos que a medicina, também como muitas outras, é uma profissão que, acima de tudo, deve justificar a sua função nas dimensões humana e social. Ademais, ainda que as abordagens às vezes possam conter dados com base no senso comum, sempre vale a pena refletir e tirar proveito daquilo que pode contribuir em termos de crescimento pessoal e profissional.

Mediante a problemática apresentada, consideramos ser importante ouvirmos a clientela atendida pela equipe médica, de modo que nos informe os fatores que interferem na comunicação eficaz dos profissionais dessa área. Sendo assim, propomos a realização do presente estudo, que tem como objetivo principal levantar e analisar o conteúdo e a forma como a comunicação verbal se processa entre a equipe médica e os visitantes de clientes de uma UTI-adulto de um hospital-escola.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo do tipo exploratório-descritivo contou com a participação de 27 visitantes de uma UTI-adulto de um hospital-escola do interior paranaense. Compuseram a amostra homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com capacidade de verbalização oral e/ou escrita. Os dados foram coletados no mês de fevereiro-março de 2002, após terem permanecido (visitado) com o cliente na UTI e, após isso, conversado com o médico de plantão daquele setor. Lembramos que, nesse serviço, o médico conversa com apenas um visitante de cada cliente, no horário de visitas da tarde. À noite, também há horário para visitas, mas não são fornecidas informações pelo médico de maneira sistemática, porém, dependendo do caso e do profissional, essa conduta é flexibilizada.

Para a realização da pesquisa, primeiramente obtivemos o parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade a qual o hospital é vinculado. A seguir,

solicitamos a anuência do Diretor Superintendente e da Diretora do Serviço de Enfermagem do hospital.

O momento da coleta dos dados foi precedido por uma breve conversa com os visitantes, ainda no *hall* de entrada/saída da UTI, onde o(a) pesquisador(a) informava os objetivos e a finalidade do estudo. Mediante o consentimento verbal em participar, os mesmos eram orientados a se dirigirem a uma sala, para efetuarmos a entrevista. A coleta propriamente dita só se concretizou após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) pelo respondente. As entrevistas foram efetuadas individualmente e em local privativo.

O instrumento de coleta de dados, após ter sido validado por cinco visitantes, se constituiu de um formulário com duas questões fechadas, duas mistas e três abertas, conforme constam nas Tabelas 1 e 2.

TRATAMENTO DOS DADOS

As freqüências das questões fechadas e mistas foram agrupadas e somadas de maneira direta e, a seguir, transformadas em porcentagens.

Quanto aos dados das respostas abertas, seguimos em parte a técnica da pesquisa qualitativa abordada por Bardin (1977), através da qual, primeiramente, as respostas foram lidas várias vezes e os trechos ou o todo que continha algum significado com a questão do estudo foi destacado. A seguir, reunimos todos os trechos e eliminamos as partes que eram iguais ou possuíam o mesmo sentido para uma mesma resposta e participante. Feito isso, agrupamos por igualdade ou semelhança as respostas de todos os participantes para uma mesma questão. Só no final é que as freqüências foram contadas e registradas.

Quanto à forma de apresentação dos dados, estes foram mostrados através de tabelas para melhor organizar e facilitar a análise dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com respeito à caracterização da amostra, dentre os 27 visitantes que participaram deste estudo, a maioria, 15 (55,6%), enquadrava-se na faixa etária de 31 a 50 anos. Do total da amostra, 14 (51,9%) eram do sexo feminino e 13 (48,1%), do sexo masculino.

Quanto ao grau de escolaridade, 13 (48,1%) não tinham terminado o 1º Grau e nenhum havia cursado o nível superior. Observamos que a escolaridade é um importante aspecto a ser considerado na comunicação visitante e equipe de saúde, visto que, durante a entrevista, aqueles com nível educacional mais baixo relatavam a respeito de suas limitações para se comunicarem com o médico, quais sejam: capacidade de elaborar perguntas de maneira objetiva; falar/compreender alguns termos técnicos; inibição para expor as suas angústias e necessidades.

No âmbito antes referido, Scarelli (1993) afirma que o nível de escolaridade pode ser um dos fatores que interferem na comunicação entre os profissionais da saúde e o cliente (e aqui acrescentamos também o familiar/visitante).

No que tange à profissão, com exceção da categoria estudante, que foi referida por 2

visitantes, os demais se enquadravam em diversas profissões de nível elementar (pedreiro, do lar, encanador e outros), estando em acordo com os níveis de escolaridade antes mencionados.

Dentre o grau de parentesco, prevaleceu aquele que se situa em primeiro grau (filho, mãe/pai, esposa/marido). Esse fato se justifica pela UTI ser uma unidade crítica e, portanto, restrita às visitas e acompanhantes. Lembramos, entretanto, que no setor em estudo as normas pertinentes às visitas são flexíveis, tendo em vista alguns resultados favoráveis manifestados pelos clientes.

A seguir, apresentaremos os resultados e a análise da parte específica deste estudo:

Tabela 1 – Distribuição das freqüências de respostas às questões fechadas e mistas, apresentadas por visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto, a respeito da comunicação verbal efetuada pela equipe médica durante o processo de visita. Maringá – PR. 2002

Pergunta	Resposta	Freq.	%
1. O Sr(a) compreendeu tudo o que o médico lhe informou? • Se NÃO , o que o sr(a) não entendeu?	• Sim	19	70,4
	• Não	8	29,6
	• Estado geral do cliente	4	14,8
	• Dieta/alimentação	2	7,4
	• O porquê da cirurgia	1	3,7
	• Não respondeu	1	3,7
2. Alguma vez, nesta UTI, o médico entregou alguma informação e/ou orientação por escrito? • Se SIM , qual foi o conteúdo?	• Sim	3	11,1
	• Não	24	88,9
	• Não lembra	3	11,1
3. Após dar alguma informação, o médico solicitou para que o(a) Sr(a) repetisse/confirmasse o que ele disse?	• Sim	2	7,4
	• Não	25	92,6
4. O médico permitiu ou estimulou que o(a) Sr(a) fizesse perguntas?	• Sim	12	44,4
	• Não	12	44,4
	• Às vezes	3	11,2

De acordo com a tabela 1, observamos que, do total da amostra (27), a maioria (70,4%) referiu ter compreendido todo o conteúdo das informações fornecidas pelo médico. Entretanto, um número significativo respondeu não (29,6%). Ainda nessa

mesma questão, quando perguntados o quê eles não entenderam, 4 (14,8%) referiram que foi a respeito do estado geral do cliente; 2 (7,4%) apontaram a dieta; 1 (3,7%) o porquê da cirurgia da sua esposa e 1 (3,7%) não respondeu.

Consideramos que os dados antes apresentados são de extrema relevância, visto que os riscos e as angústias resultantes da falta e/ou da má compreensão das informações podem resultar em conseqüências difíceis de serem solucionadas, seja na dimensão biológica quanto na psicológica e/ou social do cliente e de seus familiares.

A importância antes referida é reforçada pela fala de Souza (1994), quando afirma que a família tende a aceitar mais as recomendações do médico a outros profissionais. Isso, ao nosso ver, é reflexo da formação cultural da sociedade visto que o médico sempre deteve o poder de decisão junto à equipe de saúde.

Embora a hegemonia do poder de decisão ainda esteja circunscrita, na maioria das vezes, na figura do médico, no serviço em estudo, tem-se procurado dissolver o poder decisório da atenção ao cliente, por intermédio das visitas diárias à beira do leito, com a participação dos diversos profissionais que compõem a equipe. Ao nosso ver, essa é mais uma estratégia de assistência adotada pela equipe que merece ser destacada, pois, embora vivencie as dificuldades inerentes às deficiências estruturais de um hospital público, a conduta profissional da equipe corresponde com as necessidades apontadas por estudiosos da qualidade, como atestam Nogueira (1994) e Silveira (1998).

Na questão seguinte, referente ao recebimento por escrito de alguma informação e/ou orientação pelo médico, 3 (11,1%) referiram sim e 24 (88,9%) responderam não. Aos que responderam sim, solicitamos que dissessem o conteúdo do que lhe foi comunicado por escrito. Entretanto, todos referiram não lembrar.

Quanto à oportunidade de realização de *feedback* pelo médico solicitando ao visitante que repita as informações verbalizadas por ele, apenas 2 (7,4%) pessoas apontaram que esse fato já havia ocorrido e 25 (92,6%), ou seja, a absoluta maioria, responderam não.

No que tange à “abertura” por parte do médico, ou seja, à oportunidade de fazer perguntas, 12 (44,4%) admitiram que sim. Também em igual número responderam não e 3 (11,2%) afirmaram que, às vezes, esse fato ocorre.

Desviar-se da conversa com os visitantes (e clientes) pela equipe de saúde tem causas multivariadas como aquelas mencionados por Matsuda (1989) quando aborda a humanização no hospital e também àqueles mencionados por Knobel (1998), a respeito da humanização em UTIs. Sob uma perspectiva diferente, Gonçalves (1999), ao vislumbrar o tema educação médica e a relação deste com o paciente, menciona a tecnologia como um meio de distanciamento do profissional com o seu cliente. Concordamos com o último autor, visto que ao longo da nossa vivência profissional de quase 20 anos, muitos profissionais têm-se mostrado sumamente dependentes da tecnologia como se as aparelhagens no processo de atenção à saúde fosse fim e não apenas meio.

Ainda Gonçalves (1999) ressalta a importância de assistir o cliente não só “...nos seus componentes físicos, químicos e biológicos, mas também nos componentes mentais e psicológicos, emocionais, espirituais e sociais”. Consideramos confortante o que esse autor nos diz, visto que, no âmbito do atendimento médico, a abordagem holística permeada pela comunicação individual e efetiva (especificamente com a família) não é freqüente.

Outro autor que ressalta essa necessidade é Knobel (1998), que cita a importância da comunicação “objetiva, honesta e freqüente” como a “mais importante necessidade dos pacientes e familiares nas UTIs”.

Apesar de a literatura apontar que as perspectivas humanizadoras estão sendo almejadas pela categoria médica, em se tratando de UTIs, devemos considerar que, na maioria das vezes, o familiar é o principal interlocutor da equipe e, para tanto, é imprescindível a sua participação no processo de assistência.

Tabela 2 – Distribuição das freqüências de repostas às questões abertas, apresentadas por visitantes de clientes internados em uma UTI-adulto, a respeito da comunicação verbal efetuada pela equipe médica durante o processo de visita. Maringá – PR. 2002.

Pergunta	Resposta*	Freq.	%
1 O que o médico lhe informou?	• Sobre a doença	22	45,8
	• Resultados de exames	8	16,6
	• Tratamento	8	16,6
	• Normas/rotinas	2	4,2
	• Dieta/alimentação	2	4,2
	• Como a família pode contribuir no tratamento	2	4,2
	• Prognóstico	1	2,1
	• Cuidados pós-alta	1	2,1
	• Estado psicológico do cliente	1	2,1
	• Aparelhos em uso	1	2,1
Total		48	100
2 Sobre o que gostaria de ser informado pelo médico, após a visita?	• Estado geral	14	53,8
	• Prognóstico	8	31
	• Dieta/alimentação	2	7,6
	• Humanização	1	3,8
	• Cuidados preventivos	1	3,8
Total		26	100
3 Que sugestão daria para melhorar a comunicação verbal entre os médicos desta UTI e os visitantes?	• Fornecer mais detalhes sobre o estado geral do cliente	6	50
	• Mais abertura para fazer perguntas	3	25
	• Dar informações por escrito	2	16,7
	• O médico deve conversar com mais de um visitante por vez	1	8,3
Total		12	100

- mais de uma resposta por respondente.

Conforme observamos na tabela 2, os três itens mais abordados pelos médicos, segundo os visitantes, foram: a doença (45,8%), resultados de exames (16,6%) e tratamento (16,6%). Aspectos relacionados às normas/rotinas, alimentação, orientações de como a família pode contribuir no tratamento, prognóstico e outros foram também mencionados, porém em menor freqüência.

A questão seguinte referente a o que o visitante gostaria de ser informado pelo médico após a visita, 14 (58,8%) mencionaram que gostariam de saber mais detalhes a respeito do estado geral do cliente; 8 (31%) referiram o prognóstico e 2 (7,6%) a dieta. Humanização e cuidados preventivos foram mencionados apenas uma vez (3,8%). Percebemos que esses dados relacionam-se a valores culturais da sociedade, visto que, para muitos, ainda existe o estigma de que se o doente está na UTI “é para morrer” (SILVA et al., 2001).

Consideramos que os itens mais enfocados pelos médicos e também pelos visitantes nas duas questões anteriores se justificam pelo fato de que a UTI é o local onde comporta enfermos com maior risco de vida, sendo os enfoques na doença e no tratamento mais evidentes.

Quanto às sugestões dos visitantes para melhorar a comunicação verbal da equipe médica para com eles, de acordo com o número de citações, destacaram-se: fornecer mais detalhes sobre o estado geral do cliente (50%); possibilitar mais “abertura” para fazer perguntas (25%); fornecer informações por escrito (16,7%); e o médico deve conversar com mais de um visitante por vez (8,3%).

Notamos que as informações a respeito do estado geral são as necessidades mais frequentes dos visitantes e também que muitos dos itens informados pelo médico não correspondem com as necessidades apontadas pelos visitantes. A nosso ver, essa distorção pode causar mais angústias nos familiares, visto que, diante das dificuldades em se expressarem, da limitação de tempo e da frequência dos contatos com o médico, as informações devem ser adequadas e otimizadas. Uma medida prática poderia ser o questionamento sistemático pelo médico aos visitantes, sobre quais itens gostariam de ser informados.

Quanto às sugestões para melhorar a comunicação entre a equipe médica e os visitantes, consideramos que todas são oportunas e coerentes, visto que a população atendida no hospital em estudo possui pouca escolaridade e muitos residem na zona rural onde os meios de comunicação e o volume de informações podem ser mais escassos.

Em nossa vivência profissional em UTIs, temos observado que, mesmo quando as informações são fornecidas de maneira detalhada, os familiares mostram-se angustiados, visto que eles também desejam ouvir se o seu ente querido irá sobreviver e/ou quando receberá alta do setor. Estas informações, muitas vezes, não podem ou não devem ser fornecidas, pois geram expectativas que podem não se concretizar.

Mesmo nos casos em que a compressão não seja barreira para a obtenção de informações a respeito de um familiar internado, sabemos que a comunicação entre a equipe de saúde - aqui especificamente falando das UTIs - pode ser limitada. No cotidiano do nosso trabalho, temos observado que, não raras vezes, quando um colega ou seu familiar se encontra internado, a própria equipe que o assiste evita maiores contatos com os seus visitantes. Na entrevista publicada por Soares (2001), o médico Alex Botsaris faz um importante desabafo e relata o drama vivido por ele quando o seu filho que nasceu prematuro (e faleceu) ficou internado numa UTI neonatal. Conta que o que o deixou mais angustiado durante todo o processo foi a falta de comunicação/informação por parte dos seus colegas de profissão.

Consideramos que, apesar da complexidade e da crescente demanda por serviços, a comunicação é o principal fator que age em todos os momentos nos processos de

atenção à saúde. Assim sendo, a forma como ela se processa, o conteúdo, o momento e a quem se dirige são quesitos que devem ser contemplados e otimizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a abordagem holística apregoada pela maioria das disciplinas relacionadas às áreas biológicas e humanas, estudos como este devem ser estimulados no sentido de conhecer os alguns aspectos que envolvem o processo de comunicação médico/cliente/visitante. Nesse âmbito, a comunicação da equipe médica com os familiares/visitantes é uma ferramenta indispensável para a efetivação dessa perspectiva.

Dentre os resultados obtidos no presente estudo, que teve como objetivo investigar o conteúdo e a forma como a comunicação verbal se processa entre a equipe médica e os visitantes de clientes de uma UTI-adulto, destacamos: 8 respondentes referiram não ter entendido tudo o que lhe foi informado; 24 afirmaram nunca ter recebido informações por escrito; e 25 mencionaram não ter sido estimulados para repetir as orientações a fim de confirmar a compreensão das mesmas.

A positividade quanto à abertura e à realização de perguntas foi mencionada por 12 dos 27 participantes, o que certamente pode contribuir para minimizar as angústias daqueles que temem pela vida de algum ente querido.

Outra questão que se relaciona às informações fornecidas pelo médico aos visitantes da UTI é que elas giram quase que exclusivamente em torno da patologia do cliente (doença, resultados de exames e tratamento). Isso corresponde com a opinião da maioria (14), que referiu que gostariam de receber informações do médico a respeito do estado geral da pessoa que ele visitou, porém 6 sugeriram que o médico forneça mais detalhes a respeito.

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, ao comunicar-se com os visitantes, o médico utiliza-se basicamente da forma verbal, unilateral e dirigida à doença.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 225 p.

DOMINGUES, C. I.; SANTINI, L.; SILVA, V. E. F. Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 1, p. 39-48, março, 1999.

GONÇALVES, E. L. A educação médica e a relação médico-paciente. **Pediatrics**. v. 21, n. 3, p.174-181, 1999.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed. , São Paulo, Atheneu. 1998.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Trad. de Álvaro Cabral.

Rio de Janeiro, Zahar. 1978.

MARQUIS, B. L. e HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2. ed., Porto Alegre, Artes Médicas Sul Ltda., 1999, 557 p.

MATSUDA, L. M. **Humanização no hospital: principais expectativas dos pacientes versus equipe de enfermagem**. Ribeirão Preto, 1989, 42 f. Monografia (Especialização) – Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M. e BOAN, F. S. O foco no cliente no processo de atendimento de enfermagem: visão dos enfermeiros. **Nursing**. Edição brasileira. n. 29, p. 16-20. Outubro, 2000.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido!!! A vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

NASCIMENTO, E. R. P. e MARTINS, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**. Edição brasileira. n. 29, p. 26-30. Outubro, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PLOWRIGHT, C.I. Necessidades das visitas na unidade de cuidados intensivos. **Nursing**. Ed. Portuguesa. Lisboa, n. 102, p. 30-32. Julho/agosto, 1996.

ROBERTSON, L. Informação é a chave para dar responsabilidade à família. **Nursing**. Ed. Portuguesa. Lisboa, n. 99, p. 29-30. Abril, 1996.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N. e SILVA, S. C. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente – equipe de enfermagem – família. **Nursing**. Edição brasileira. n. 17, p. 26-29. Outubro, 1999.

SCARELLI, E. M. **Orientação à família do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva**. Ribeirão Preto, 1993, 96 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

SILVA, N.; TIZOLIN, A. M. e MATSUDA, L. M. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes de uma UTI-adulto. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, **Anais...** Curitiba – PR. 2001, CD-ROM.

SILVEIRA, J. A. M. Novas estratégias para a melhoria da qualidade no setor da saúde. In: MELLO, Joamel Bruno de e CAMARGO, Marlene Ortega de (Org.). **Qualidade na saúde: Práticas e conceitos**. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. Cap. XXI, p. 237-254. São Paulo: Best Seller, 1998.

SOARES, L. Doutores na berlinda. São Paulo, **Veja**, edição 1731, n.º 50, p. 1-15, dezembro. 2001.

SOUZA, M. F. **Unidade de terapia intensiva: opinião de familiares**. Salvador, 1994, Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.

Como elaborar resenhas

REJANE CLÉIA CANONICE BELMONT¹

Resenhar é relatar as partes que constituem um objeto, observando seus aspectos mais relevantes.

O objeto resenhado pode referir-se a elementos reais (reuniões, solenidades, um jogo de futebol...) ou a referências textuais e culturais (filmes, peças teatrais, livros).

O resenhista deve selecionar apenas os aspectos essenciais do objeto, sendo claro e conciso, sem exaustão.

Segundo Medeiros (2000, p. 137), resenha é um tipo de redação técnica que inclui as seguintes modalidades de textos: descrição, narração e dissertação, pois descreve a parte física da obra (descrição); relata a biografia do autor, aquilo que o tornou relevante; resume a obra; apresenta as suas conclusões e a metodologia utilizada e também a que autores o autor se referiu (narração) e, para finalizar, apresenta uma apreciação, ou seja, um julgamento de valor e diz a quem a obra pode ser indicada (dissertação).

O mesmo se reporta à Andrade (1995, p. 60), que define resenha como um tipo de resumo crítico; porém mais abrangente; pois permite comentários e opiniões. Ela contribui para desenvolver o raciocínio científico e levar o estudante à pesquisa e à elaboração de trabalhos monográficos.

A linguagem empregada numa resenha deve ser em 3ª pessoa, implicando, assim, certa neutralidade. Ex.: “*Constata-se...*; *Conclui-se*; *Espera-se...*; *Indica-se...*, etc.”.

A resenha objetiva oferecer informações ao leitor para que este decida consultar ou não o texto original. Por este motivo, ela deve resumir as idéias principais da obra, avaliar as informações contidas e a forma como foram empregadas e justificar a avaliação realizada.

Fiorin e Savioli, em “*Para entender o texto*” (1990, p. 426) classificam-na em descritiva e crítica. Na resenha descritiva, ressalta-se a estrutura da obra (número de páginas, capítulos, assuntos abordados, resumo da obra, gênero, método utilizado); já a resenha crítica, além de citar os aspectos mencionados, aceitam-se comentários e juízo valorativo do resenhista.

¹ Professora da disciplina Redação e Expressão Oral, especialista em Língua Portuguesa e Descrição de Ensino.

Lakatos e Marconi (1995, p. 245) apresentam um modelo de estrutura de resenhas científicas:

- 1- Referências bibliográficas (autor, título, editora, data, número de páginas);
- 2- Credenciais do autor (biografia);
- 3- Resumo da obra (de que se trata o texto);
- 4- Conclusões da autoria (a que conclusões o autor chegou);
- 5- Metodologia da autoria (qual é o gênero? Que técnicas utilizou?);
- 6- Quadro de referência do autor (em que autores o autor se apoiou);
- 7- Crítica do resenhista (apreciação; pode ser positiva ou negativa);
- 8- Indicações do resenhista (a quem é dirigida a obra).

Se bem elaborada, a resenha é um grande instrumento de pesquisa.

Vejamos um exemplo de resenha do livro “Como ordenar as idéias”:

“BOAVENTURA, Edivaldo. **Como ordenar as idéias**. 8 ed. São Paulo: ática, 1998. 64p. 12x18cm.

Edivaldo Boaventura nasceu em Feira de Santana, Bahia, em 1933. Concluiu o ensino médio no Colégio Antônio Vieira e na Universidade Federal da Bahia fez bacharelado em Direito (1959) e em Ciências Sociais (1969). É doutor em Direito e mestre em Educação.

Além do livro “Como ordenar as idéias”, publicou outros, entre eles: “Ordenamento das idéias” (1969), “A educação brasileira e o direito” (1997), “O Parque Estadual de Canudos” (1997) e UFBA (1946-1996) – artigos, editoriais, entrevistas, memórias, notícias, etc.

Boaventura mostra que, para exprimir bem o pensamento se faz necessária uma comunicação com clareza e, para isso, deve-se ordenar as idéias. Sendo assim, esquematiza-se e faz-se o plano, que pode ter valor de comunicação ou somente pedagógico. O primeiro relaciona-se com a clareza, com um sistema a ser seguido, já que assim a possibilidade de repetir a mesma idéia, divagar ou não se aprofundar é menor. E o segundo, para a mente adquirir disciplina. O plano é a organização, é como se fosse um estudo preliminar, é ter conhecimento do que se vai dizer, é a análise para a melhor integração entre as partes. Mesmo o tema sendo comum a todos, o plano é único e de cada um. O plano dividi-se em três grandes partes: o anúncio do tema (introdução), o desenvolvimento por partes (corpo e exposição) e o resumo marcante (conclusão).

Na primeira parte, cabe ao emissor anunciar o assunto, o tema. Por isso é importante compreender, dominar sobre o que irá ser apresentado. Depois de refletido, escolhem-se duas ou três idéias as quais possuem as características de serem as melhores fundamentadas. Dependendo do tema, o contexto histórico, geográfico, temporal ou teórico são encontrados. Ao final, fornecem-se as idéias centrais e como é o plano. No entanto, o receptor deve ser motivado, convidado, estar interessado no assunto. Tudo isso faz parte da introdução.

Logo adiante, há o corpo de exposição. Neste, divide-se o assunto. No mínimo deve haver duas partes, pois, caso contrário, não tem como ordenar e é o número ideal.

Encontram-se mais partes em obras maiores que artigos, provas, teses, etc. Após a divisão, tem-se a subdivisão, que pode ser tradicional (clássica) ou por numeração progressiva (moderna). Essas partes e subdivisões devem ter títulos interessantes.

O desenvolvimento é por oposição ou por progressão, evitando fazer referências particulares, vantagens e desvantagens, comparações, causas e conseqüências, teses opostas, entre outros, pois esses tendem à repetição e vulgarização. Porém, mesmo com o assunto dividido, com a existência das partes, deve existir uma relação, interligação entre elas.

Na última parte, conclusão, sintetizam-se todos os argumentos expostos; faz referências do que se comunicou, afirma ou nega a hipótese apresentada no tema na introdução. Se existirem dúvidas sobre qualquer assunto de que não se tenha conhecimento abrangente, é no resumo marcante que se faz apelo para tal.

Esse “método” exposto é um meio que, se praticado, a comunicação seria melhor explorada, seja oralmente ou redigida.

O autor utiliza-se de citações para a realização da obra, como a de Descartes. Por este fato, “Como ordenar as idéias” torna-se um livro mais enriquecido, pois está fundamentado com base em grandes nomes. É objetivo e simples, mostrando como ordená-las. Apesar da existência de diversos livros do gênero, neste encontra-se de uma forma abrangente e específica o que se procura.

Pode-se afirmar que Edivaldo Boaventura exhibe com clareza e de uma forma simples e compreensível o que foi proposto, sendo, assim, de grande utilidade para todos, em especial para os universitários, professores, escritores e palestrantes.

(HELENA TOKIKO YAMAGATA - discente do curso de Comunicação Social)”

COMENTÁRIOS SOBRE A RESENHA

O texto é uma resenha crítica; pois nela a resenhadora analisa as partes que compõem o objeto, o livro, e faz uma apreciação do seu valor, seguindo a estrutura trabalhada em sala de aula da teoria citada acima.

No 1º parágrafo, faz a *referência bibliográfica*, abordando os devidos aspectos, tais como: autor, título da obra, editora, data, número de páginas e formato do livro. A parte descritiva da obra é reduzida ao mínimo indispensável.

Nos 2º e 3º parágrafos, faz uma breve biografia do autor; abordando os aspectos mais relevantes da obra.

Do 4º ao 9º parágrafo, apresenta o resumo, que é uma indicação do conteúdo global da obra.

No 10º parágrafo, a resenhista aborda os autores dos quais o autor do livro se apoiou para enriquecer a sua obra, finalizando, desta forma, a parte de narração da resenha.

No último parágrafo, emite juízo de valor positivo sobre a obra. Comenta ser um livro que apresenta clareza e de fácil compreensão, fazendo, em seguida, indicações a quem a obra pode ser dirigida. Representa a parte de dissertação da resenha.

Estamos diante de uma resenha bem elaborada, pois informa ao leitor o conteúdo do livro com objetividade.

REFERÊNCIAS:

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação:** noções práticas. São Paulo: Atlas, 1995.

FIORIN e SAVIOLI, Francisco Platão. **Para entender o texto.** Leitura e redação. São Paul: Ática, 1995.

LAKATOS, Marconi. **Fundamentos de metodologia científica.** 2 ed. São Paulo: Atlas,1990.

MEDEIROS, João Bosco.**Redação científica:** a prática de fichamentos, resumos, resenhas. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SEVERINO, Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** 14 ed. São Paulo: Cortez,1986.

VANOYE, Francis. **Usos de linguagem:** problemas e técnicas na produção oral e escrita. São Paulo: Martins Fontes,1985.

A linguagem e os problemas de competência pragmática e competência lingüística na interpretação semântica das Escrituras

ALEXANDRE ISRAEL PINTO*

RESUMO

Este Projeto de Iniciação Científica foi desenvolvido através do Proc. n° 1813/2001-PES do programa PIC-CNPq/UEM. Teve por objetivo levantar alguns questionamentos sobre os critérios usados nas traduções das Escrituras. É certo que toda tradução da Bíblia, ainda que levada a termo por íntegros peritos bíblicos, é por um lado trabalho humano e, como tal, sujeito a equívocos; por outro lado, é também suscetível de melhorias. Assim sendo, visando a contribuir de alguma forma na área de tradução, fizemos uma breve reflexão sobre algumas questões que, nós acreditamos, devem ser repensadas por alguns especialistas da área de tradução bíblica.

Palavras-chave: Linguagem. Problemas. Escrituras.

INTRODUÇÃO

É um assunto de muita responsabilidade traduzir as Escrituras dos idiomas originais Aramaico e Hebraico para um idioma moderno como o Português. Entretanto, as versões, ou traduções são necessárias para o uso das pessoas que ignoram as línguas originais. O físico e astrônomo italiano Galileu Galilei (1564-1642) ousou questionar as traduções bíblicas quando defendeu a teoria de que a Terra era redonda, dizendo: “Não a Terra, mas o Sol é o centro do sistema solar. A Terra é um globo, e não um disco. Gira em torno do Sol. Os textos da Bíblia que afirmam o contrário estão simplesmente errados” (ALLGEIER, 1983). Se observarmos as discussões existentes sobre as traduções bíblicas, veremos que sempre houve uma problemática quanto às traduções

* Acadêmico do 1º ano do Curso de Psicologia da UNINGÁ.

dos originais. Assim, quais foram os critérios utilizados para a tradução dos originais para o Português?

Sabe-se que as versões em Português iniciaram-se em 1495. Em 1753, apareceu a tradução da Bíblia Sagrada inteira, feita pelo protestante João Ferreira de Almeida. Em 1819, foi publicada a tradução da Bíblia Sagrada pelo padre Antônio Pereira de Figueiredo. Este incluiu em sua tradução os chamados livros apócrifos, que o Concílio de Trento havia acrescentado aos livros canônicos em 08 de abril de 1546.

A versão brasileira de toda a Bíblia Sagrada foi editada em 1917, por uma comissão protestante composta de eruditos no vernáculo, entre eles o gramático Eduardo Carlos Pereira. Coube ao padre Mattos Soares publicar, em 1930, a tradução mais popular da Bíblia Sagrada entre os católicos na atualidade. Baseada na Vulgata Latina, essa tradução possui notas entre parêntesis defendendo os dogmas da Igreja Romana. Por esse motivo, recebeu apoio papal em 1932, conforme está registrado na “ADVERTÊNCIA” (p. 06) do livro “A ARTE DE MORRER – Os Sermões de Quarta-feira de Cinza”, de Antônio Vieira (1608-1697), organizado por Pécora (1994).

São, também, dignas de referência: “A Bíblia traduzida pelos monges de Meredsous”; “A Bíblia de Jerusalém”, traduzida pela Escola Bíblica de Jerusalém (padres dominicanos), e editada no Brasil por Edições Paulinas em 1981, com notas, e a Edição Integral da Bíblia, trabalho de diversos tradutores, editado por Editora Vozes e pelo Círculo do Livro, também com notas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Partindo do pressuposto de que “todas as religiões principais se expandiram além das fronteiras do território onde tiveram sua origem, a tradução e a interpretação têm sido fundamentais para a vida religiosa de muitos povos, embora tenham servido a objetivos distintos, dependendo da natureza de cada religião.” (DELISLE e WOODSWORTH, 1998). E considerando que tradução é uma atividade humana realizada através de estratégias mentais empregadas na tarefa de transferir significados de um código lingüístico para outro, e que, segundo Nida, “algumas populações preferem que seja dada ao texto bíblico uma tradução totalmente fiel à forma, totalmente literal, mesmo que seu resultado seja um texto incompreensível para os falantes da língua da tradução” (BARBOSA, 1990), torna-se relevante trazer este tema para análise. Verificamos, portanto, que a fidelidade traz uma certa tensão entre conteúdo e forma. Para a tradutora H. G. Barbosa, uma das perguntas mais antigas acerca da tradução é: “a tradução deve ser literal, palavra-por-palavra, mantendo estrita fidelidade à forma, ou deve não se preocupar com a forma e se manter fiel apenas ao conteúdo, ou deve, ainda, ser alguma outra coisa?” (BARBOSA, 1990).

Segundo a professora Rosemary Arrojo, Eugene Nida vem alargar a imagem de tradução através da comparação das palavras de uma sentença com vários vagões de um trem de carga. Assim, a carga seria distribuída entre os diferentes vagões de maneira desigual. Dessa forma, um vagão poderia conter muita carga, enquanto outro poderia carregar muito pouca carga. No caso de ser uma carga muito grande, deverá ser dividida entre vários vagões.

Da mesma forma, orienta Nida, muitas palavras “carregam” vários conceitos e outras têm que se ajuntar para conter apenas um. De maneira que o importante no transporte da carga não é quais vagões carregam quais cargas, nem a seqüência em que os vagões estão dispostos, e sim, que os volumes alcancem seu destino (ARROJO, 1999).

Entendemos que, para Nida, o fundamental no processo de tradução é que todos os componentes significativos do original alcancem a língua-alvo de tal forma que possam ser usados pelos receptores.

Se compararmos o tradutor ao encarregado do transporte dessa carga, assumiremos que sua função, meramente mecânica, se restringe a garantir que a carga chegue intacta ao seu destino. Assim, o tradutor traduz, isto é, transporta a carga de significados, mas não deve interferir nela, não deve “interpretá-la”. (ARROJO, 1999).

Portanto, num estudo dessa natureza, importa, antes de mais nada, dizer que qualquer comentário que venha a se fazer aqui está longe de ser exaustivo, pois é inesgotável; ele apenas vem trazer algumas sugestões ao que chamamos “A linguagem e os problemas de competência pragmática e competência lingüística na interpretação semântica das escrituras”.

ANÁLISE

A princípio, usaremos como exemplo a passagem de Gênesis 12:2.

(Original/Hebraico)¹

ואעשך לגוי ואברכך ואגדלה שמך ומה ברכה

(Ve'e'escha legoy-gadol va'avarechecha va'agadelah shemecha **veheveh berachah**)

“Eu farei de ti um grande povo, eu te abençoarei, engrandecerei teu nome; sê tu uma bênção!” (Católica/De Jerusalém, 1981).

“Farei de ti uma grande nação; eu te abençoarei e exaltarei o teu nome, e tu serás uma fonte de bênçãos.” (Católica/Ave Maria, 1997).

“E far-te-ei uma grande nação, e abençoar-te-ei, e engrandecerei o teu nome, e tu serás uma bênção.” (Protestante/Corrigida, 1989).

“...de ti farei uma grande nação, e te abençoarei, e te engrandecerei o nome. Sê tu uma bênção!” (Protestante/Atualizada, 1993).

Quanto aos enunciados traduzidos e aqui mencionados, podemos dizer que, eventualmente, mesmo especialistas podem cometer lapsos de interpretação. Já que nos originais Aramaico e Hebraico não se usa pontuação, qual delas em Português seria a correta?

¹ Todos os grifos são do autor.

Quando se quer dar a interpretação de algum texto bíblico, é necessário utilizar todos os recursos da hermenêutica, e quando necessário, da exegese. O uso de dois pontos, ponto-e-vírgula, ponto de exclamação ou simplesmente ponto final (que são utilizados indistintamente em várias versões da Bíblia Sagrada neste mesmo versículo), nesse caso, não afeta o sentido da frase, pois foi utilizado um verbo no modo imperativo “sê”. Mas, talvez em outra passagem pudesse afetar.

É preciso tomar cuidado com o método de interpretação alegórico. Isto é, o tradutor das Sagradas Escrituras decide espiritualizar o texto mesmo que o seu contexto seja literal. Isto definitivamente rouba do autor a sua autoridade e o significado do texto fica inteiramente dependente do leitor. A Bíblia Sagrada pode assim ser manipulada para dizer qualquer coisa.

Parafraseando Gaarder (1998), o Cristianismo tem um pano de fundo semita (caldeus, cananeus, arameus, árabes, hebreus, etc.). O Antigo Testamento (Torah) foi escrito em línguas semitas. Uma das palavras do Antigo Testamento, usada pelos hebreus, para “Deus” (El) tem, por isso, a mesma raiz lingüística de Allah, dos árabes (a palavra Allah significa “Deus”).

Assim, uma vez que, novamente, concordando com Gaarder (1998, p. 17):

Para os indo-europeus, o mais importante dos sentidos era a visão. Igualmente interessante é saber que para o mundo semita a *audição* desempenhava um papel preponderante. Não é por acaso que a profissão de fé judaica começa com a frase: “Ouve, Israel!”. No Antigo Testamento lemos que as pessoas “ouviam” as palavras do Senhor e os profetas judeus gostavam de começar suas pregações com a fórmula “Assim falou Jeová” (Deus).

Realmente, os profetas judeus sempre começavam suas pregações com: “Va’ah Yiomer Elohim” (Assim falou “Deus”). Segundo alguns historiadores, acredita-se que o Pentateuco (os cinco primeiros livros da Bíblia Sagrada) começou a ser compilado por volta do ano 1000 a.C. no reinado de Shaul (Saul), pois havia a necessidade de legitimar o seu reinado. Até então, somente os Dez Mandamentos existiam na língua hebraica; estes eram considerados como Lei Escrita, os demais ensinamentos eram considerados como Lei Oral. A Lei Oral era passada de pai para filho pela linguagem falada, portanto a entonação de voz era importantíssima para dar o verdadeiro significado da mesma.

Outro exemplo dessa problemática encontramos na tradução da passagem de Gênesis, 6:6.

(Original/Hebraico)²

וַיִּנְחַם יְהוָה כִּי עָשָׂה אֶת־הָאָדָם בְּאֶרֶץ וַיִּתְעַצֵּב אֱלֹהִים

(**V’avanahem** adonai Ki-assah Et-Haadam BaAretz Vaytheatzev El-Libao)

“Iahweh arrependeu-se de ter feito o homem sobre a terra, e afligiu-se o seu coração.” (Católica/De Jerusalém, 1981).

“...então, se arrependeu o SENHOR de ter feito o homem na terra, e isso lhe pesou no coração.” (Protestante/Atualizada, 1993).

² Todos os grifos são do autor.

Nesse caso, o termo “vaynahem” foi traduzido para o Português como “arrependeu-se” ou “se arrependeu”, enquanto que em Hebraico, o termo em questão, vem da raiz “nahem” que pode ter além de “arrepender”, outros significados como: “ter pena”, “encontrar consolo”, “ser consolado”, “consolar-se”, “lamentar”, “sentir desgosto”, “sentir compaixão de”, “afligir-se demais” ou até “rito de luto”.

Portanto, considerando o contexto de pensamento judaico, a melhor tradução aqui seria “lamentou-se” ou “teve pena”, já que para os hebreus “Deus” não se arrepende (ver Números, 23:19).

Verificamos, também, algumas dificuldades existentes em relação à tradução dos nomes de personagens bíblicos. No Gênesis, cap. 10, vs. 1, encontramos os nomes dos filhos de Noach (Noé) traduzidos para o Português da seguinte forma: Sem, Cam e Jafet, ou Sem, Cão e Jafé.

É importante saber que alguns historiadores judeus defendem que desses três filhos de Noach (Noé) surgiram os grupos étnicos pardos, negros e brancos; sendo:

Shem (ancestral dos Semitas = Pardos)
Noach → Cham (ancestral dos Camitas, povos da África = Negros)
 Yaphet (ancestral dos Celtas, Persas, Gregos = Brancos)

Dessa forma, a tradução do nome “Cham” para o Português, em algumas traduções, foi inadequada. Cão em Português é sinônimo de Cachorro. Essa tradução não soaria mal? Será realmente importante a tradução de nome próprio?

Diante destas dificuldades, e outras não mencionadas, sugerimos que os atuais especialistas em traduções bíblicas observem a figura de Shaul (Paulo)³. Este é reconhecido, pelos cristãos, como um dos maiores intérpretes e tradutores da Bíblia cristã para o Grego. Quais os critérios e métodos que Shaul (Paulo) utilizou para traduzir “fielmente” aos gregos, os escritos e ensinamentos recebidos em um contexto familiar judaico? Vemos um exemplo disso no livro de Atos dos Apóstolos, cap.17:16-34; ali é relatado que Shaul (Paulo), estando em Atenas, foi questionado por alguns filósofos epicureus e estoicos a respeito de sua argumentação. A questão é como que Shaul (Paulo), sendo judeu e tendo uma concepção de pecado “hatáh” (concepção hebraica), fez para traduzi-la aos gregos que tinham uma outra concepção de pecado “hamartia” (concepção grega)?

CONCLUSÃO

Concluimos que tem havido muitas traduções totais e parciais das Escrituras que padecem de dificuldades decorrentes de arcaísmos, muitas vezes, tão obscuros no seu contexto que têm dado margem até a interpretações equivocadas. Vejamos, por

³ Shaul haTarshish (Saulo de Tarso), mais conhecido como “Apóstolo São Paulo” (título dado ao nome grego). Foi um Judeu que havia saído pela diáspora descontente com a Escola de Shamai e entusiasmado com o que havia aprendido de Gamaliel (este discípulo da Escola de Hilel), não entendeu a proposta de equilíbrio ensinada pelo rabino Yeshua (Jesus). Ensinou que o Judaísmo estava errado por não aceitar o helenismo greco-romano, no qual ele (Apóstolo Paulo) foi criado, e isso fez com que ele arrebanhasse seguidores de várias culturas e creanças. Alguns anos mais tarde ele e seus seguidores fundaram o que hoje é conhecido como Cristianismo.

exemplo, dois dos vários textos do chamado “Novo Testamento”, que tem provocado sérias controvérsias entre judeus messiânicos, católicos e protestantes:

Gálatas 3:10

“Todos aqueles que dependem das obras da Lei estão debaixo da maldição, porque está escrito: Maldito aquele que não cumpre todas as prescrições do Livro da Lei, para as praticar.” (Católica/Papal, 1989).

“Todos quantos, pois, são das obras da lei estão debaixo de maldição; porque está escrito: Maldito todo aquele que não permanece em todas as cousas escritas no livro da lei, para praticá-las.” (Protestante/Atualizada, 1993).

Romanos 3:20

“...porque pelas boas obras da lei não será justificada diante d’Ele criatura alguma, porque pela lei é que vem o conhecimento do pecado.” (Católica/Papal, 1989).

“...visto que ninguém será justificado diante dele por obras da lei, em razão de que pela lei vem o pleno conhecimento do pecado.” (Protestante/Atualizada, 1993).

A má interpretação e, conseqüentemente, a tradução equivocada é causada, no entanto, quando Shaul (Paulo) usa as expressões compostas no grego "ergon nomos" e "hupo nomos", traduzidas respectivamente por “obras da lei” e “debaixo da lei”. Analisando os versículos em que elas aparecem, percebemos que as mesmas são usadas no sentido negativo, e assim não se referem à Torah (Lei de Moisés), que era vista por Yeshua (Jesus) como Santa, Justa e Boa.

Na realidade, fazendo uma análise detalhada destes versículos; percebemos que "hupo nomos" se refere não à Torah (Lei de Moisés), mas sim a uma perversão legalista da Torah (Lei de Moisés), que estabelece a obediência à Torah (Lei de Moisés) como condição “sine qua non” para a redenção, anulando, assim, a possibilidade de redenção nas Leis Noéticas. Nesse caso, houve uma dificuldade por parte do tradutor de esclarecer essa idéia de Shaul (Paulo).

Segundo Shaul (Paulo), a Torah (Lei de Moisés) jamais foi dada para a redenção por meio de uma interpretação legalista radical, mas sim para ser obedecida antes, durante e mesmo depois da presença de Yeshua HaMashiach (Jesus, o Messias). A conclusão que chegamos é que Shaul (Paulo) nunca combateu à obediência à Torah (Lei de Moisés), mas sim toda distorção e perversão legalista da mesma. Da mesma maneira, "ergon nomos" se refere à prática legalista da Torah (Lei de Moisés), visando à redenção exclusiva de Israel, anulando, assim, a possibilidade de redenção de outros povos.

Observamos que em Brit Chadasha, a melhor tradução para “ergon nomos” e “hupo nomos” do que “obras da lei” e “debaixo da lei”, respectivamente, é:

*“Todos quantos, pois, são da **observância legalista** da Torah estão debaixo de maldição; porque está escrito: Maldito todo aquele que não permanece em todas as coisas escritas no Livro da Torah, para praticá-las.” (Gálatas 3:10) (STERN, 2001).*

“Visto que ninguém será justificado diante dele por **observância legalista da Torah**, em razão de que pela Torah vem o pleno conhecimento do pecado” (Romanos 3:20) (STERN, 2001).

Segundo os ensinamentos de Shaul (Paulo), percebemos que ele procura transmitir que a Torah (Lei de Moisés) mostra às pessoas o quão pecadoras elas são, e portanto leva-as à necessidade de um “Messias” que as ajude na redenção. É interessante notar que o maior Salmo da Bíblia (Salmo 119) encerra como tema principal a própria Torah (Lei de Moisés). De fato, a palavra Torah, que literalmente significa “LEI”, aparece 25 vezes neste Salmo. Isso não pode passar despercebido, pois $25 = 5 \times 5$, e cinco é o número (na Cabala Judaica) da GRAÇA. No decorrer deste trabalho de pesquisa, percebemos que existe uma tendência por parte de alguns tradutores bíblicos de supervalorização da escrita na relação entre Aramaico/Hebraico e Português. O valor numérico das letras confirmam a tentativa de apoiar uma idéia sem olhar o contexto externo do discurso, é como se o texto por si só traduzisse o seu verdadeiro significado.

Segundo Vanoye (1991, p. 222):

Esta atitude religiosa – que, é claro, não precisa necessariamente ser praticada por religiosos para que o seja – possui um movimento rotineiro que consiste em retirar totalmente a significação do seu espaço *normal*, transferindo-a para a escrita enquanto tal. Escrever tornar-se-ia, assim, curiosamente, uma atividade que independe do que se escreve. É como se ela, a escrita, fosse soberana e que, fora do seu universo, nada fosse inteligível...

Na realidade, a própria revelação da Torah (Lei de Moisés) dada por “Deus” é uma manifestação da fala, pois foi dada oralmente a Moshe (Moisés). A fala é manifesta de maneira mais abundante ainda, na pessoa de Yeshua (Jesus), que, segundo especialistas cristãos, não deixou nada escrito. Portanto, a tradução bíblica é algo que não depende apenas da escrita bíblica.

Continuando com Vanoye (1991, p. 223):

A escrita adquire uma “importância imerecida” (Saussure fala ainda na “tirania da letra” e no “equivoco da escrita”) graças ao poder que ela tem de se perpetuar. A oralidade, por sua vez, é desprezada justamente pelo que possui de fugaz e passageiro, atributos que, vistos deste ângulo, acabariam por caracterizá-la negativamente. Esta idéia, aliás, já está expressa nos termos escolhidos por Saussure para descrever a escrita: *objeto sólido e permanente*. A estes aspectos da escrita ele contrapõe a noção de língua como *coisa viva* e móvel, ou melhor, como uma coisa que tem nessa modalidade a sua vida. Assim, o que antes parecia fraqueza é retomado como força, e a fugacidade da língua falada se transforma em crítica da perenidade da língua escrita.

Considerando o exposto acima, só temos a complementar que não é por acaso que a profissão de fé judaica começa com a frase: “Shema Yisrael!” (Ouve, Israel!). Isso mostra que no judaísmo (de onde vem a maior parte das Escrituras) a fala tem tanta importância quanto a escrita e perante estas e outras dificuldades de interpretação, Shaul (Paulo) foi um dos que se aventuraram a traduzir as Escrituras do Aramaico e Hebraico

para o Grego sem que houvesse grandes perdas, e, mesmo assim, ainda hoje há muitos que não conseguem entender o verdadeiro significado de suas traduções. É aí que se revela o tradutor, visto que o significado das palavras variam. Shaul (Paulo) procurou encontrar nesses casos o mais próximo do verdadeiro significado do Aramaico e Hebraico no Grego, mas não temos certeza se ele conseguiu. E no Português? Será que não houve uma super valorização da escrita nas traduções em Português? Este é o dilema dos nossos tradutores: desatar as inúmeras dificuldades que comumente se deparam ao traduzirem as Escrituras para o Português.

REFERÊNCIAS

- ARROJO, Rosemary. **Oficina de tradução: a teoria na prática**. 4. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- BARBOSA, Heloisa G.. **Procedimentos Técnicos da Tradução – Uma Nova Proposta**. Campinas: Pontes Editores, 1990.
- BEREZIN, Rifka. **Dicionário Hebraico-Português**. São Paulo: EDUSP, São Paulo, 1995.
- BÍBLIA, V.T.. Hebraico. **Bíblia Hebraica**. Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft, 1990.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia de Jerusalém**. São Paulo: Escola Bíblica de Jerusalém (Padres Dominicanos), Edições Paulinas, 1981.
- BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. São Paulo: Monges de Meredsous (Bélgica) - Frei João José Pedreira de Castro, Editora Ave-Maria, 1997.
- BUNIM, Irving M.. **A Ética do Sinai – Ensinaamentos dos Sábios do Talmud**. São Paulo: Sêfer, 1998.
- COMÊNIO, João Amós. **Didáctica Magna – Tratado da Arte Universal de Ensinar Tudo a Todos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1985.
- DELISE, Jean e WOODSWORTH, Judith (orgs.). **Os tradutores na história**. São Paulo: Ática, 1998.
- GAARDER, Jostein. **O mundo de Sofia – Romance da História da Filosofia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- JOSEFO, Flávio. **História dos Hebreus**. São Paulo: Sêfer, 1990.
- LARBAUD, Valery. **Sob a Invocação de São Jerônimo – Ensaio sobre a arte e técnicas de tradução**. São Paulo: Mandarin, 2001.
- MELAMED, Meir Matzliah. **Torá – A Lei de Moisés**. São Paulo: Sêfer, 2001.
- NEUSNER, Jacob. **Um rabino conversa com Jesus – Um diálogo entre milênios e confissões**. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- PÉCORA, Alcir. **A arte de morrer – Os sermões de quarta-feira de cinza de Antônio Vieira**. São Paulo: Nova Alexandria, 1994.
- STERN, David H.. **Manifesto judeu messiânico**. Rio de Janeiro: Edições Louva-a-Deus, 2001.
- VANOYE, Francis. **Uso da linguagem – Problemas e técnicas na produção oral e escrita**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

A Indústria Cultural: considerações sobre a utilização da arte, pela mídia, como instrumento de alienação e massificação

ADÃO APARECIDO MOLINA - UEM¹

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Indústria Cultural é um termo utilizado por Adorno e Horkheimer (1985) para designar uma cultura comprometida com os mecanismos da sociedade industrial. Na visão desses autores, o objetivo dessa indústria é massificar a cultura, através da produção em série, destituindo da arte o seu caráter emancipatório, alienando os indivíduos, através de programas televisivos, do rádio e da música. Esses instrumentos de comunicação são sempre direcionados pela mídia, induzindo ao consumo de uma forma aliciadora e acrítica.

O objetivo deste texto é discorrer um pouco sobre esses argumentos, tentando evidenciar tais ocorrências. Para isso, fundamentamos alguns pressupostos sob a luz dos frankfurtianos Adorno e Horkheimer e apresentamos a letra da canção “Dormi na praça”. Essa canção é interpretada pela dupla sertaneja Bruno e Marroni e apresenta um alto índice de aceitação pela maioria da população brasileira, tornando-se um grande sucesso nacional, recorde de bilheteria em *shows* e vendagem de discos no ano de 2001.

A partir dessas discussões, podemos perceber que, além de utilizar a arte como mercadoria, a indústria cultural consegue inculcar nas pessoas, através dessa mercadoria, a ideologia dominante da sociedade capitalista. Percebemos, ainda, que a educação desempenha um papel importante no resgate e na humanização do sujeito. Para que isso aconteça, ela deve atentar para a consciência dos indivíduos desvendando aquilo que é disfarçado ou ocultado pela indústria cultural.

* Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação da Universidade Estadual de Maringá para aprovação na disciplina “Arte, História e Educação”, ministrada pelo Prof. Dr. Luiz Hermenegildo Fabiano, no segundo semestre de 2001.

¹ Mestre em Fundamentos da Educação pela Universidade Estadual de Maringá - UEM . Professor de Metodologia e Técnica de Pesquisa.

1 A INDÚSTRIA CULTURAL

Para os frankfurtianos Adorno e Horkheimer (1985), a arte é uma forma de pensamento, de visão, de reflexão e serve de antídoto contra a barbárie. Por isso, para eles, pensar é o contrário de obedecer. O direito à cultura é o direito de acesso aos bens culturais, e a compreensão desses bens é o ponto de partida para a transformação das consciências.

Contudo, na visão desses autores, a indústria cultural é aquela que revela uma cultura comprometida com e cúmplice dos mecanismos adaptativos e instrumentais gerados pelo desenvolvimento da sociedade industrial. A cultura, nessa indústria, passa a ter um valor de massificação e perde o caráter de civilização e emancipação, exercendo uma função de adaptação ideológica do indivíduo ao contexto social, determinado a partir do modo de produção, de uma sociedade industrial historicamente definida pelo capitalismo.

O termo *indústria cultural* foi empregado pela primeira vez em 1947, quando da publicação da “Dialética do Iluminismo”, de Horkheimer e Adorno.² Esse termo substitui a expressão “cultura de massa”, diferenciando-a da idéia de que essa cultura surge espontaneamente das próprias massas. Para Adorno (1999, p. 8), “A indústria cultural, ao aspirar à integração vertical de seus consumidores, não apenas adapta seus produtos ao consumo de massas, mas, em larga medida, determina o próprio consumo”. Dessa forma, ao adaptar seus produtos e determinar o próprio consumo, a indústria cultural está interessada nas pessoas apenas como consumidoras, reduzindo a humanidade às condições que representam os seus interesses.

Segundo Adorno (1999, p. 8) “a indústria cultural impede a formação de indivíduos autônomos, independentes, capazes de julgar e de decidir conscientemente”. O próprio descanso é utilizado, pelo capitalismo, como forma de mecanizá-los, pois a própria diversão e o lazer transformam-se em prolongamento do trabalho.

Na indústria cultural, sob o poder do monopólio, toda cultura é idêntica. O cinema, a televisão e o rádio, por exemplo, não precisam mais se apresentar como arte, porque não passam de um mero negócio que utiliza uma ideologia destinada a legitimar aquilo que produzem propositalmente, definindo-se como indústria. Milhões de pessoas participam dessa indústria através daquilo que lhes é oferecido como mercadoria padronizada para a satisfação de suas necessidades. Na verdade, a racionalidade técnica da dominação conquistou seu poder sobre a sociedade. Esse poder é o que os economicamente mais fortes exercem sobre toda a sociedade industrial.

Matos (1993, p. 71), discutindo sobre essa mesma questão, postula que “[...] as imagens publicitárias, televisivas, a música e outras, em seu acúmulo acrítico, nos impedem de imaginar. Elas convertem tudo em entretenimento: guerras, genocídios, greves, cerimônias religiosas, catástrofes naturais e das cidades, obras de arte, obras de pensamento”.

Para Adorno e Horkheimer (1985), a técnica na indústria cultural levou à produção em série eliminando o que fazia a diferença entre a lógica da obra e a do sistema social. Essa função atribuída à técnica é o próprio papel que ela exerce na economia atual de uma sociedade industrial, historicamente definida pelo modo de produção capitalista.

² Cf. ADORNO, Theodor W. **Textos Escolhidos**. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1999. p. 7-8.

O fornecimento diversificado de produtos oferecidos pela indústria cultural serve apenas para mostrar que cada indivíduo deve escolher a categoria do produto fabricado para seu tipo. Desse modo, os consumidores são reduzidos a números estatísticos pelos institutos de pesquisa que transformam tudo em propaganda, dando a ilusão de concorrência e proporcionando a possibilidade da escolha pelos consumidores.

A televisão, por ser um meio de comunicação de massa muito eficaz, ajuda a indústria cultural a encontrar êxito, rapidamente, através da harmonização da palavra, da imagem e da música. Esse é o triunfo do capital investido na propaganda pela mídia. Para o consumidor está tudo pronto, porque tudo foi esquematicamente antecipado e elaborado no processo de produção da mercadoria, pela mídia. Assim, a arte sem sonho, que é dirigida aos indivíduos, realiza seus idealismos incapacitando-os para a crítica³. “Dessa forma as canções de sucesso, os astros e as novelas ressurgem ciclicamente como invariantes fixos, mas o conteúdo específico do espetáculo é ele próprio derivado deles e só varia na aparência” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p. 117).

O filme não apresenta mais novidades porque desde o seu início já se sabe como ele vai terminar. Da mesma forma acontece com a música: o ouvido está treinado para identificar, já nos primeiros compassos, o tema que será desenvolvido e quando isso ocorre o ouvinte sente-se muito feliz. A técnica desenvolvida pela indústria cultural faz com que esses efeitos predominem no filme ou na música destituindo deles as idéias que antes predominavam. Seus efeitos apagaram na música a consciência do todo, na pintura a cor particular, no romance a trama. A todos esses fatores a indústria cultural destruiu.

“O mundo inteiro é forçado a passar pelo filtro da indústria cultural” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p. 118). Para esses autores, quanto melhor reproduzidos, mais perfeitos e desenvolvidos pela técnica da indústria cultural no cinema e na música, os problemas empíricos se transformam, mais facilmente, na ilusão de que o mundo real é o mesmo mundo que se apresenta nas telas e nas melodias. Dessa forma, a indústria cultural atrofia a imaginação e a espontaneidade do consumidor, pois os próprios produtos diminuem ou não necessitam dessas capacidades por conta de sua formação objetiva.

A violência da sociedade industrial instalou-se nos homens de uma vez por todas. Os produtos da indústria cultural podem ter a certeza de que até mesmo os distraídos vão consumi-los alertamente. Cada qual é um modelo da gigantesca maquinaria econômica que, desde o início, não dá folga a ninguém, tanto no trabalho quanto no descanso, que tanto se assemelha ao trabalho (Id., Ibid., p.119).

Assim, a indústria cultural reproduz as pessoas da mesma maneira como elas são consideradas pela indústria em geral, para serem apenas trabalhadoras e consumistas, sem raciocínio reflexivo, alienando-as e impedindo que compreendam a própria realidade. A comunhão entre o individual e o particular que dá estilo à obra de arte é retirada pela indústria cultural para dar lugar a um aparente estilo autêntico típico da dominação.

³ Crítica, nesse sentido, refere-se à compreensão da própria realidade ocasionada pelo modo de produção capitalista e ocultada ou disfarçada pela indústria cultural.

Adorno e Horkheimer (1985, p. 122), explicam que “[...] os grandes artistas jamais foram aqueles que encarnaram o estilo da maneira mais íntegra e mais perfeita, mas aqueles que acolheram o estilo em sua obra como atitude dura contra a expressão caótica do sofrimento, como verdade negativa”. Segundo eles, o elemento pelo qual a obra de arte ultrapassa a realidade, realmente é inseparável de estilo. Porém, ele não consiste no desenvolvimento da harmonia, mas nos traços onde aparece a discordância do fracasso em busca da identidade.

A indústria cultural, através da imitação, coloca suas mercadorias como absolutas impondo aos indivíduos aquilo que devem fazer até mesmo nos seus momentos de descanso. O sistema dessa indústria provém dos países liberais sendo que o seu projeto teve origem nas leis universais do capital. Os consumidores são os trabalhadores e empregados que mantidos presos em corpo e alma sucumbem, sem resistência, ao que lhes é oferecido para o consumo.

Entretanto, a indústria cultural permanece sendo vista como a indústria da diversão. Mas sendo procurada por quem quer escapar do trabalho mecanizado para se renovar, para encontrar forças de voltar a ele no dia ou na semana seguinte e enfrentá-lo, acaba sendo natural descansar de uma maneira mecânica, pois é isto que a indústria cultural irá lhe proporcionar: algo pronto, reproduzido de uma forma que venha a sustentar a própria ideologia dominante do trabalho. Isso significa que a fuga do cotidiano que ela promete volta a oferecer como paraíso o mesmo cotidiano. “O logro, pois, não está em que a indústria cultural proponha diversões, mas no fato de que ela estraga o prazer com o envolvimento de seu tino comercial nos clichês ideológicos da cultura em vias de se liquidar a si mesma” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p. 133-134).

Portanto, para a indústria cultural buscar a diversão significa estar de acordo com tudo o que ela produz, não ter que pensar, esquecer o sofrimento humano até mesmo onde ele é evidente. Dessa forma, a indústria cultural criou intencionalmente o homem como um ser genérico. Cada indivíduo é um mero exemplar, por isso é facilmente substituível.

A ideologia da indústria cultural é reduzida a um discurso vago e descompromissado, quase que de uma forma natural, mecânica e discreta. Isso, porém, não impede que ela atinja seus objetivos, pois esses argumentos funcionam como instrumento da dominação capaz de bloquear a compreensão das pessoas. Através das imagens, a mídia vende a idéia de um bem-estar social geral e assim os trabalhadores que constituem as provisões, a alimentação para todos, são alimentados pelo poder do Estado, como prega a ideologia. Nessa perspectiva, as pessoas são levadas a acreditar na solidariedade humana. Ninguém é esquecido; todos estão cercados de assistentes sociais, pessoas de bom coração que intervêm a cada um para transformar a miséria social em casos particulares que são perfeitamente curáveis.

Adorno e Horkheimer (1985, p. 141) afirmam:

Essa insistência sobre a bondade é a maneira pela qual a sociedade confessa o sofrimento que ela causa: todos sabem que não podem mais, neste sistema, ajudar-se a si mesmos, e é isso que a ideologia deve levar em conta. Muito longe de simplesmente encobrir o sofrimento sob o véu de uma camaradagem improvisada, a indústria cultural põe toda a honra da firma em encará-lo virilmente nos olhos e admiti-lo com uma fleuma difícil de manter.

Por isso a indústria cultural continua reproduzindo as idéias desesperadas do dia-a-dia no intuito de levar o indivíduo a acreditar que é possível continuar vivendo dessa forma. Todos precisam mostrar que acreditam no poder e na ordem estabelecida, mesmo que não parem de receber bordoadas. Assim, podem tornar-se felizes desde que não pensem em felicidade.

“Na indústria, o indivíduo é ilusório não apenas por causa da padronização do modo de produção. Ele só é tolerado na medida em que sua identidade incondicional com o universal está fora de questão” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p. 144). Na indústria cultural a crítica e o respeito desaparecem, transformam-se na produção mecânica e na falta de personalidade, pois para os consumidores tudo é acessível. Porém, quanto menos vale a mercadoria para o público em geral, menos ela lhes é dada de presente. Dessa forma, a cultura é submetida à lei de troca, confundindo-se com o uso e misturando-se com a publicidade.

“A publicidade é seu elixir da vida. Mas como seu produto reduz incessantemente o prazer que promete como mercadoria a uma simples promessa, ele acaba por coincidir com a publicidade de que precisa, por ser intragável” (ADORNO e HORKHEIMER, 1985, p.151). A publicidade tem por objetivo subjugar o cliente consumidor ligando-o às grandes corporações que a utilizam como forma de dominação através do capital hegemônico, financeiro e industrial, que vende seus produtos no mercado em geral. Dessa forma, a indústria cultural educa os indivíduos para a submissão, para a ideologia da sociedade industrial historicamente determinada pelo modo de produção capitalista. Mas, e a educação, como pensa isso?

A educação não pode ser compreendida à margem da história e sim no contexto em que os homens desenvolvem entre si as relações de produção de sua própria existência. Nesse sentido, é impossível separar a educação do poder porque ela não é neutra e se encontra envolvida com a economia e com a política de seu tempo. Por isso a escola deve atentar para a consciência, deixando claro o que a indústria cultural, juntamente com o sistema, faz com os indivíduos, massificando-os, tirando-lhes, inclusive, o direito à liberdade de expressão, transformando-os, apenas, em mais uma peça que compõe a imensa estrutura do sistema na sociedade capitalista.

2 A MASSIFICAÇÃO DA MÚSICA NA INDÚSTRIA CULTURAL

Conforme Horkheimer e Adorno (1991), a música, ao invés de entreter, contribui para a alienação, emudecendo os homens, empobrecendo a linguagem enquanto expressão e incapacitando a comunicação. Ela serve para preencher os vazios do silêncio que paira sobre as pessoas tomadas pelo medo, pelo cansaço e pela condição de trabalhador sem direitos e sem exigências.

Sobre a decadência do gosto pela música prevalece o sentimento degenerativo que auxilia na sua atual massificação, encantando os sentidos e incapacitando o indivíduo de qualquer atitude heróica. Nessa perspectiva, Horkheimer e Adorno (1991, p. 83), postulam:

A nova etapa da consciência musical das massas se define pela negação e rejeição do prazer no próprio prazer [...]. O fascínio da canção da moda, do que é melodioso, e de todas as variantes da banalidade exerce sua influência

desde o período inicial da burguesia. Em outros tempos este fascínio atacou o privilégio cultural das camadas sociais dominantes. Hoje, contudo, quando este poder da banalidade se estendeu a toda a sociedade, sua função se modificou. A modificação de função atinge todos os tipos de música.

A renúncia à individualidade que se estabelece naquilo que tem sucesso, assim como fazer o que é comum a todos são considerações que aparecem na produção em massa de bens de consumo que oferecem sempre os mesmos produtos a todos os cidadãos. Porém, o mercado oculta suas evidências, manipulando o gosto individual pela cultura e aumentando o processo de diminuição do sujeito. “Com efeito, as formas dos sucessos musicais são tão rapidamente normalizadas e padronizadas, até quanto ao número de compassos e à sua duração, que em uma determinada peça isolada nem sequer aparece uma forma específica” (HORKHEIMER e ADORNO, 1991, p. 96).

Os aspectos anteriormente apontados podem ser percebidos através da análise de uma música popular, transcrita abaixo, que foi escolhida, dentre muitas, por apresentar uma preferência acentuada pelo público brasileiro, sendo que seus cantores, tendo-a como carro-chefe de seus *shows*, são recordes de bilheteria e vendagem de discos:

Dormi na praça - (Bruno e Marroni - 2001)

Eu caminhei sozinho pela rua
Falei com as estrelas e com a lua
Sentei no banco da praça
tentando te esquecer
Adormeci e sonhei com você.
No sonho você vem provocante
Me deu um beijo doce e me abraçou
E bem na hora “H” no ponto alto do amor
Já era dia, o guarda me acordou.

Seu guarda eu não sou vagabundo
Eu não sou delinqüente
Sou um cara carente
Eu dormi na praça
Pensando nela.
Seu guarda seja meu amigo
Me bata, me prenda, faça tudo comigo
Mas não me deixe, ficar sem ela.

Essa canção de melodia simples e vocabulário comum retrata um cotidiano bastante peculiar na vida da maioria das pessoas. A condição a que se encontra submetida grande parte da população, em nosso país, faz com que as pessoas descubram uma semelhança com os seus dilemas nesse tipo de música. Pessoas comuns que são levadas pelo sistema a não ter sonhos, a não ser o de transformar um relacionamento afetivo num romance bem sucedido.

A idéia que a música apresenta, a princípio, é de alguém caminhando na noite, perdido pelas ruas, pensando na amada, até se deparar com um banco de praça que será seu consolo e o ajudará a encontrar êxito, para os seus anseios, através do sonho. O dia

vem e com ele uma nova realidade. Acordou para a vida; a lei está ali ao seu lado, mas não para ajudá-lo e, sim, para puni-lo, para impor a ordem.

O apelo - “seu guarda eu não sou vagabundo, eu não sou delinqüente” - mostra como os homens estão habituados a provar o tempo todo que são trabalhadores porque, se assim não forem, poderão ser chamados de delinqüentes. “Sou um cara carente, dormi na praça pensando nela”. A reação do policial e as penalidades por ele impostas são naturais porque dormir na praça implica em transpor uma ordem, infringir a lei, desestruturar a paz e a harmonia que estabelecem a ordem social. Dormir na praça não é permitido, mas, nesse caso, segundo o cantor, é explicável porque há uma história de amor, um sonho envolvido.

Sabemos que vivemos hoje, no Brasil, um tempo de desesperança, onde não há qualidade de vida. Vivemos sob a influência da globalização⁴ e da hegemonia dos países dominantes no âmbito do capitalismo. Por isso, falta escola para os jovens, falta recreação, não há empregos, tudo isso é um incentivo às drogas e à marginalidade. Neste caso, a cultura padronizada, ou seja, a música, como esta que acabamos de analisar, além de vender como uma mercadoria perfeitamente moldada para a maioria da população, tem um papel importante na vida das pessoas. Este tipo de música consegue distrair, desviando os sentidos dos problemas, fazendo com que nosso cotidiano pareça perfeitamente normal, ajudando a esquecer a dura realidade imposta pelo capitalismo mundial nos nossos dias.

Fica evidente, portanto, que essa música caracteriza fielmente as categorias da indústria cultural porque oferece aos consumidores as idéias que representam os interesses do capital. A não reflexão que esse tipo de música propõe gera, relativamente sem esforço, a não emancipação das pessoas causando uma limitação e fazendo com que elas se adaptem facilmente ao sistema, contribuindo para a manutenção do *status* social existente e para a acumulação do capital das classes já favorecidas com a divisão social do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das discussões aqui desenvolvidas, pudemos perceber que a indústria cultural transforma a arte em mercadoria com um objetivo maior, que é inculcar nas pessoas a ideologia dominante da sociedade industrial. Além disso, a indústria conta com um grande recurso tecnológico, através da mídia, nos veículos de comunicação como a televisão e o rádio, atingindo o seu público-alvo, envolvendo as pessoas para que cada vez mais consumam algo pronto, preparado especialmente para consumidores anteriormente determinados por ela.

O que mais vem sendo explorado hoje pela indústria cultural é a música, que é produzida em grande escala, de uma forma técnica, fabricada para vender. A letra e a melodia já possuem conteúdo e ritmo determinados e os próprios cantores têm que

⁴ Neste texto, refere-se às influências que os países dominantes, no âmbito do capitalismo, através de órgãos internacionais como o fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD), exercem na economia e nas políticas dos países em desenvolvimento que necessitam de recursos financeiros para investimentos nos mais diferentes setores da sociedade, como nos transportes, na saúde, na habitação e sobretudo na educação. (IANNI, 1997).

compor e gravar constantemente, conforme determinam as gravadoras, para continuarem na mídia e no gosto da população.

Assim sendo, pela ótica do capitalismo, modo de produção existente, a música deixa de ser um instrumento representativo da cultura, um veículo de expressão e emancipação do sujeito para tornar-se um objeto de alienação, uma semi-cultura. A música é utilizada pela indústria que a manipula, que a transforma em mercadoria de consumo, oferecendo-a como algo padrão, pronto para ser consumido, sem reflexão; inculcando, desse modo, a ideologia existente no sistema que a utiliza para manter o *status* do capitalismo.

O que a indústria cultural faz é tratar o homem de forma massificada, desumanizando e, coisificando-o, oferecendo a ele uma cultura pela metade que acaba não sendo nenhuma cultura. O homem funciona como um consumidor pacífico, não possuindo função psíquica em relação àquilo que ouve, lê ou vê. Nessa perspectiva, a grande tarefa da pedagogia, hoje, é resgatar o sujeito, humanizando-o, fazendo com que a realidade ocultada pela indústria cultural venha à tona e seja modificada. Portanto, a arte deve ser resgatada e utilizada como ferramenta para a expressão do pensamento e da cultura e como ponto de partida para a transformação das consciências.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Textos Escolhidos**. Os Pensadores. São Paulo: Nova cultural, 1999.

ADORNO, Theodor; HORKHEIMER, Max. **Dialética do Esclarecimento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 113-156.

DUARTE, Rodrigo. **Adornos**: nove ensaios sobre o filósofo frankfurtiano. Belo Horizonte: UFMG, 1997.

EAGLETON, Terry. **A ideologia da estética**. Tradução Mauro Sá Rego Costa. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor W. **Textos escolhidos**. 5. ed. Os Pensadores. São Paulo: Nova Cultural, 1991. p. 79-105.

IANNI, Octávio. A Política mudou de lugar. In: **Revista da fundação SEAD**. São Paulo em Perspectiva. v.11, n. 3, jul./set. 1997.

MATOS, Olgária C. F. **A escola de Frankfurt**: Luzes e sombras do Iluminismo. 1. ed. São Paulo: Moderna, 1993.

O discurso da/na Educação: Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN

CLEUSA MARIA ALVES DE MATOS*

RESUMO:

Este artigo tem como objetivo analisar as cartas que o Ministro da Educação e do Desporto - Paulo Renato Souza (1998)- direciona aos professores em diferentes níveis de atuação: Ensino Fundamental e Ensino Médio para apresentar-lhes o documento que explicita a proposta de reorganização curricular nacional. Verificamos, sob o conjunto teórico da Análise do Discurso de linha francesa, o processo de construção do discurso na elaboração das cartas. Tomamos como objeto de reflexão as formações discursivas e as condições de produção do discurso, permeado pelo contexto histórico-social e ideológico. Encontramos na análise das cartas um discurso político sustentado pela formação ideológica e uma proposta fragmentada na crença de que o documento é a garantia de competência no trabalho educacional.

Palavras-chave: Análise do discurso. Formação discursiva. Parâmetros Curriculares Nacionais – PCN.

INTRODUÇÃO

As relações de dominação social e política que caracterizam uma sociedade de classe são permeadas pela linguagem constituída num determinado contexto de produção, articuladas pelo movimento do texto e da historicidade nele inscrito. Reconhecendo a linguagem enquanto discurso e modo de produção social, e não como um universo de signos que serve apenas para comunicação ou suporte de pensamento, partimos da proposição de que o discurso deve ser estudado dentro de um contexto histórico-social, onde nem a sociedade é dada como pronta, nem a linguagem como produto. Linguagem, sociedade e discurso se constituem mutuamente. E para observar

* Mestre em Letras pela UEM - Doutoranda em Estudos da Linguagem pela UEL - Professora de Lingüística: Linguagem e Comunicação no curso de Fonoaudiologia da Uningá.

esse processo de constituição é que nossa análise procura observar o discurso em suas condições de produção.

O enfoque que ora assumimos está voltado ao conjunto teórico da Análise do Discurso preconizado por um quadro epistemológico que engloba diversas vertentes sobre a linguagem. Tomamos como objeto de reflexão as formações discursivas, as condições de produção do discurso e o processo discursivo permeado pelo contexto histórico-social e ideológico.

Delimitamos para o *corpus* três cartas direcionadas aos professores pelo Ministro da Educação e do Desporto – Paulo Renato Souza – para apresentar-lhes os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), documento que estrutura a proposta e o trabalho escolar das diferentes áreas curriculares, detalhando os objetivos, os conteúdos, a avaliação e as orientações didáticas, para redefinir o papel da escola e da educação na sociedade brasileira. Consideramos o texto como a forma material sobre o qual incidiu esta análise, e verificamos o processo da construção do discurso sob três modalidades de ensino: primeiro, a carta direcionada ao professor das quatro primeiras séries do Ensino Fundamental; segundo, a carta ao professor da quinta à oitava série do Ensino Fundamental e terceiro, a carta ao professor do Ensino médio.

A idéia básica mobilizada para o empreendimento da pesquisa é promover discussões sobre as condições de produção concernentes ao discurso veiculado nos PCN. Refletimos sobre a política educacional institucionalizada atualmente e sobre as concepções teóricas que permeiam o discurso na elaboração das cartas.

AS FORMAÇÕES DISCURSIVAS E A LINGUAGEM

Pensar a linguagem implica, necessariamente, pensar o contexto em que ela ocorre, partindo do princípio de que seu uso é uma prática sócio-histórica, um modo de vida social constituída pela interação. Mediante as condições de produção de texto, é que os sujeitos constroem o discurso desta ou daquela maneira, em virtude do interlocutor real ou imaginário.

Para compreender como o discurso se constitui em seus sentidos, passamos às considerações que nos permitem acrescentar o conceito de discurso, o de texto e o de contexto. Orlandi (2002) assegura que o discurso é viabilizado pela linguagem em interação, ou seja, as suas condições de produção estabelecida pelos interlocutores. O contexto é constitutivo da significação do que se diz e o discurso é lugar social. Nessa perspectiva, consideramos o texto como unidade de análise do discurso e pode ter qualquer extensão, uma simples palavra até um conjunto de frase. O que o define é o fato de que ele é uma unidade de significação em relação à situação. Sendo o texto um espaço, mas um espaço simbólico, não fechado em si mesmo, tem relação com o contexto. E de acordo com as condições de produção, a noção de contexto histórico de ser considerada. Dessa forma, passam a contar desde as determinações no contexto imediato (ligado ao momento da interlocução) como as do contexto mais amplo (como a ideologia). Os diferentes contextos não estão no mesmo plano; eles se contrastam entre si e encontram-se em constante tensão, interação e até mesmo conflito.

Brandão reconhece que:

A língua constitui a condição de possibilidade do “discurso”, pois é uma espécie de invariante pressuposta por todas as condições de produção possíveis em um momento histórico determinado; os processos discursivos constituem a fonte da produção dos efeitos de sentido no discurso e a língua é o lugar material em que se realizam os efeitos de sentido. Segundo essa perspectiva, se o processo discursivo é produção de sentido, discurso passa a ser o espaço em que emergem as significações. [...] E aqui, o lugar específico da constituição de sentidos é a formação discursiva, noção que, juntamente com a de condição de produção e formação ideológica, vai constituir uma tríade básica nas formulações teóricas da análise do discurso (2002, p.34-35).

Prosseguindo, a autora esclarece a definição de condições de produção de Pêcheux (1969), considerando que:

Os protagonistas do discurso, não a presença física de “organismos humanos individuais”, mas a representação de “lugares determinados na estrutura de uma formação social” [...] No discurso, as relações entre esses lugares, objetivamente definíveis, acham-se representadas por uma série de “formações imaginárias”. Os termos “imagem” ou “formação imaginária” podem perfeitamente ser substituídos pela noção de “papel”. (BRANDÃO, 2002, p.36).

Na sociedade, os indivíduos ocupam diferentes lugares ou papéis, cada um marcado por propriedades diferenciais, que conferem ao sujeito estabelecer relações num jogo organizado em posições interiores políticas e ideológicas. O texto selecionado para compor a análise da pesquisa consiste basicamente na reflexão sobre os mecanismos a que o sujeito recorre em seu discurso, possibilitado pela posição que ocupa diante de seu interlocutor. Esse jogo de intenções Brandão define como sendo as formações discursivas que, em uma formação ideológica específica, leva em conta o que a relação de classe determina “o que pode e deve ser dito” (BRANDÃO, 2002, p.38), a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada.

As condições de produção que constituem os discursos funcionam com certos fatores. Um deles é o que chamamos de relação de sentidos. Quer dizer que os sentidos resultam de relações com outros dizeres já realizados e de relação de forças, isto é, o lugar a partir do qual fala o sujeito é constitutivo do que ele diz. Assim, quando o sujeito fala a partir do lugar que ocupa - de Ministro da Educação - suas palavras têm uma autoridade determinada junto aos educadores, uma vez que a sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são relações de forças, sustentadas pelo poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na “comunicação”.

Considerando que o imaginário faz parte do funcionamento da linguagem e para a análise de discurso constitui uma das condições básicas para o processo de significação do discurso, inevitavelmente as imagens que elaboramos de determinados assuntos, indivíduos ou instituições não surgem do nada; são formadas através do modo como as relações sociais ocorrem na história e como são organizadas através das relações de poder. As imagens que temos da educação, das políticas educacionais, das instituições governamentais, da escola, dos professores e até mesmo dos alunos são resultados das relações de uma conjuntura sócio-histórica previamente já formuladas.

As condições de produção implicam o que é material (a língua sujeita a equívoco e à historicidade), o que é institucional (a formação social, em sua ordem) e o mecanismo imaginário. Esse mecanismo produz imagens dos sujeitos, assim como do objeto do discurso, dentro de uma conjuntura sócio-histórica. Temos, assim, a imagem da posição ocupada pelo sujeito locutor (quem sou eu para lhe falar assim?) mas também da posição sujeito interlocutor (quem é ele para me falar assim, ou para que eu lhe fale assim?), e também a do objeto do discurso (do que eu estou lhe falando; do que ele me fala?). É, pois, todo um jogo imaginário que preside a troca de palavras.

Pêcheux (1995), por sua vez, denomina formação discursiva:

[...] aquilo que, numa formação ideológica dada, isto é, a partir de uma posição dada, isto numa conjuntura dada, determinada pelo estado de luta de classes, determina o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc.) (p.160).

Devemos lembrar que o sujeito discursivo é pensado como uma posição entre outras. Não é uma forma de subjetividade, mas um lugar que ocupa para ser sujeito do que diz. Para Foucault (1969), é a posição que deve e pode ocupar todo o indivíduo para ser sujeito do que diz.

Estamos tratando de questões que são intimamente ligadas e as considerações abordadas sobre formação discursiva direcionam para a compreensão do modo peculiar das relações com a ideologia, o que nos permite melhor entendimento de como se constituem os sentidos desse dizer.

Pêcheux assegura que

O sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, etc., não existe “em si mesmo” (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante), mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas). Poderíamos resumir essa tese dizendo: as palavras, expressões, proposições, etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem (1995, p 160).

Ressaltamos, sob a ótica do autor, que as palavras, expressões, proposições recebem sentido em cada formação discursiva na qual são produzidas e nas relações que tais palavras, expressões e proposições mantêm com as outras.

Considerando a ordem geral da sociedade, os cidadãos são classificados e até estigmatizados por seu pensamento (político, religioso, científico), o que denuncia sua historicidade. Em numerosos discursos, os efeitos que decorrem são classificações comunistas, socialistas, reacionários, conservadores, revolucionários porque a interpretação que se busca não se revela apenas pelos constituintes lingüísticos materiais

do texto, mas também pelos implícitos acompanhados pela orientação intencional do locutor (POSSENTI, 2001).

Para tratarmos das questões da variação no domínio do discurso, observamos a necessidade de apresentar a noção de tipologia de discurso considerada por Orlandi (1996). Para analisar os discursos, a autora estabelece a dimensão histórica e o funcionamento social para incorporar a relação da linguagem com suas condições de produção. O tipo de discurso resulta do funcionamento discursivo, sendo determinado para um interlocutor, por um falante determinado, com finalidades específicas. Pêcheux (1969, p.95) observa que “esse ‘determinado’ não se refere nem ao número, nem à presença física, ou à situação objetiva dos interlocutores; trata-se de formações imaginárias, de representações, ou seja, da posição dos sujeitos no discurso”.

Orlandi estabelece uma distinção entre a tipologia dos discursos: discurso lúdico, discurso polêmico e discurso autoritário. Os critérios para estabelecer essa tipologia derivam das características da interação e da polissemia. A interação é o critério que leva em conta o modo como os interlocutores se consideram. Há uma disputa entre eles e procuram o controle da situação com o discurso empreendido e o critério da reversibilidade determina a dinâmica e o grau maior ou menor de trocas de papéis entre locutor e ouvinte. Desse mecanismo, dessa forma de relação entre o interlocutor com o objeto do discurso deriva o critério da polissemia, que é controlada, também com maior ou menor carga.

Orlandi distingue os tipos de discurso:

Discurso lúdico: é aquele em que a reversibilidade é total, a polissemia é aberta [...]. O discurso polêmico: é aquele em que a reversibilidade se dá sob perspectivas particularizantes dadas pelos participantes que direcionam o discurso. A polissemia é controlada [...]. O discurso autoritário: é aquele em que a reversibilidade tende a zero, estando o objeto do discurso oculto pelo dizer, havendo um agente exclusivo do discurso e a polissemia contida (ORLANDI, 1996, p.154).

Observamos que a caracterização das tipologias de discurso não constitui necessariamente de forma pura, fechada. Há misturas de tipos. Além disso, há um jogo de dominância entre eles que deve ser observado em cada prática discursiva. Isto quer dizer que não podemos considerar o discurso autoritário como o ato de ordenar, o polêmico como o ato de perguntar e o lúdico como o ato de dizer.

O DISCURSO POLÍTICO EDUCACIONAL

No exercício do magistério percebemos a necessidade de compreender e reconhecer que a educação tem um percurso histórico e social manifestado pelas políticas de relações sociais, que se estabelecem por meio de vários discursos. Ao produzir um discurso, o sujeito acredita na legitimidade desse discurso.

Atualmente, a educação está em pauta nas discussões da conjuntura mundial e uma das questões volta-se às políticas educacionais que têm por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua

qualificação para o trabalho. Assim, é papel do Estado democrático: facilitar o acesso à educação, investir na escola para que essa se instrumentalize, preparando crianças e jovens para as possibilidades de participação política e social na comunidade.

Alguns dados sobre a educação brasileira, mencionados nos PCN, demonstram que o quadro educacional ainda é insatisfatório, e alguns indicadores quantitativos e qualitativos colocam o Brasil em desvantagem, se comparado com outros países em desenvolvimento. Nas últimas décadas, as portas das escolas brasileiras foram abertas para as camadas populares, sem a devida preparação para as mudanças e sem investimentos necessários tanto em recursos humanos como em recursos materiais.

Há um descompasso entre a realidade de atuação no espaço escolar e os discursos veiculados pela Secretaria de Educação e dos órgãos governamentais. A Lei de Diretrizes e Bases (LDB 9394/96) estabelece que a educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Para a garantia desses objetivos, a lei incumbe à escola a proposição de um conjunto de práticas educativas para que os alunos se apropriem dos conteúdos sociais e culturais.

Compreendemos que, ao elaborar os PCN, o objetivo da Secretaria de Educação foi apresentar, em linhas gerais, uma referência curricular nacional para o Ensino Fundamental e Médio e convocar as escolas à operacionalização de mais um projeto educativo.

O DISCURSO

Os usuários de uma língua manipulam estrategicamente a produção do discurso em situações específicas, dentro de um contexto sócio-cultural. O enfoque que privilegamos, na análise das cartas, corresponde às condições de produção dos discursos. O texto é apresentado aos professores interlocutores em diferentes níveis de atuação, Ensino Fundamental e Ensino Médio e tendo como protagonista do discurso o ministro da Educação Paulo Renato Souza.

De acordo com a classificação da tipologia apresentada por Orlandi (1996), o discurso empreendido nestas cartas deixa transparecer as características do discurso autoritário, em que a reversibilidade é praticamente zero. Não há troca de papéis. O ministro direciona o discurso politicamente em virtude da função que exerce no poder público para atingir as metas propostas. O que justifica a função pública são as conveniências. No caso específico de nossa análise, é conveniente que a educação seja considerada como um bem comum e que toda a população possa ter acesso a ela. No entanto, a política estabelecida pelos órgãos do governo inviabiliza a apropriação do saber cultural e científico conferido à educação e através da “facilitação” há um mascaramento dessa construção de conhecimentos com resultados de pesquisas.

Dentre algumas pesquisas veiculadas pelos órgãos governamentais, os indicadores sociais apontam que a Educação no Brasil está sendo recuperada e há crescentes conquistas com vários programas e projetos, dentre os quais estão Programa de Merenda Escolar; o Programa Nacional do Livro Didático; os Parâmetros Curriculares Nacionais; o ENEM e o Bolsa-escola.

O indicativo que demonstra a realidade educacional brasileira é o relatório dos resultados do Projeto de Avaliação Internacional de Jovens (PISA), o qual é dirigido pelos governos dos países participantes, coordenados pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). O relatório do programa e a análise dos dados representam grande contribuição para que os governos federal, estadual e municipal possam tomar decisões quanto às políticas educacionais necessárias e definir os investimentos a serem realizados. O PISA revelou que a capacidade dos estudantes brasileiros para aplicar seus conhecimentos em habilidades denominadas competências, destrezas ou compreensão leitora está abaixo da média dos demais países (32 países) que participaram da avaliação em 2000.

A política educacional e os programas de aplicação desenvolvidos atualmente no Brasil precisam ser reavaliados para que possam ser capazes de mudar a realidade da escola, pois só os discursos não transformam a Educação. É necessário, entretanto, conscientização, investimentos e práticas eficazes para educar, mas educar bem.

ANÁLISE DO CORPUS

Verificamos, inicialmente, a relação existente entre as diferentes superfícies lingüísticas. Face ao mesmo processo discursivo, as palavras mudam de sentido, levando em consideração o interlocutor de cada uma das cartas. O texto 1 está direcionado aos professores de 1ª a 4ª séries que apresentam um nível básico de formação - o antigo magistério - e atualmente, de acordo com as exigências da LDB, há um maior número de professores que estão concluindo a graduação em Pedagogia. Os professores de 5ª a 8ª séries, a quem o texto 2 está direcionado, apresentam formação específica na graduação e espera-se que estejam mais preparados para atuar em área específica. O texto 3 está direcionado aos professores do Ensino Médio que, segundo as perspectivas educacionais, apresentam melhor competência para trabalhar com o jovem que, ao concluir o ensino médio, prepara-se para integrar o mundo do trabalho.

No texto 1, parágrafo 5, o ministro, ao esclarecer sobre a elaboração do documento, generaliza com *muitos participaram, honrados e orgulhosos produziram o material* - os Parâmetros. No texto 2, parágrafo 4, o enunciado se diferencia e encontramos o resultado de *longo trabalho da participação de muitos educadores que têm experiências e estudos*. Veja que *um longo caminho* pode estar implícita a trajetória missionária de atuar como professor. No texto 3, parágrafo 3, ao afirmar: *os Parâmetros são o resultado de meses de trabalho e de discussão*, podemos constatar que trabalho torna-se empreendedor, pois logo a seguir aponta a atividade pedagógica do professor como trabalho e não como missão, como ocorre no discurso da carta 2.

Na análise de discurso, um texto é considerado um exemplar do discurso, ou seja, falamos sobre o discurso, e não sobre o texto que é a unidade de análise, a materialidade lingüística (marcas e pistas que o sujeito fornece para organizar o discurso). Verifiquemos o último parágrafo das cartas. Na carta 1: *Estamos certos de que os Parâmetros serão instrumento útil*. Na carta 2: *esperamos que os Parâmetros sirvam de apoio [...]* Na carta 3: *Ao entregá-lo a você, reafirmamos...* A materialidade lingüística apresentada no texto 1 (aos professores de 1ª a 4ª série) evidencia que o discurso do ministro revela certa tutela aos professores, subestimando-os. No entanto, o texto dirigido aos professores do ensino médio recorre ao discurso de forma objetiva e direta,

pois menciona duas vezes o pronome de tratamento *você*, demonstrando credibilidade e aproximação para com estes educadores.

Observamos que as formações imaginárias constituídas no discurso podem ser caracterizadas seguindo o esquema: o quê?, quem?, para quem?, por quê?, como? O ministro direciona o discurso aos professores para apresentar-lhes as razões da organização e da distribuição do material pedagógico que passa a ancorar a educação no Brasil. Os verbos empregados no texto são articulados para validar a ideologia de que o professor que trabalha com as séries iniciais precisa ser “ajudado” em sua prática pedagógica. As construções enfáticas: *nosso objetivo é auxiliá-lo... O propósito é apontar metas [...] pressupõe-se que o professor não dispõe de formação básica para desenvolver seu trabalho educativo com as crianças e precisa de auxílio*. Há indução de raciocínio argumentativo em direção ao descrédito dos professores, pois, de acordo com a formação imaginária, o governo encontra-se numa posição de privilégio e sem neutralidade aponta sua ideologia. No texto 2 encontramos as construções: *É com imensa satisfação que entregamos [...] com a intenção de ampliar e aprofundar um debate educacional*. Para ampliar e aprofundar conhecimentos, pressupõe-se que haja alguma competência anterior. Isto é, subentende-se que os professores que atuam no ensino de 5ª a 8ª séries possuem melhor senso crítico para analisar a proposta dos PCN e conseqüentemente inseri-la em sua prática pedagógica. O texto 3 menciona o objetivo dos PCN com a seguinte expressão: *servirão de estímulo e apoio à reflexão de sua prática [...] contribuindo ainda para sua atualização profissional*. O discurso empreendido neste texto difere dos textos anteriores: sugere ao professor que reveja seu trabalho educativo disponibilizando os PCN para melhor aperfeiçoar sua competência e atualizar-se frente às mudanças do mundo contemporâneo.

Revisitando o conceito de formação discursiva, ressaltamos que os textos apresentam basicamente as mesmas condições de produção. Elas compreendem os sujeitos e a situação. Sujeitos compreendidos pelos professores interlocutores e o ministro, o locutor. A situação pode ser considerada pelo contexto imediato e pelo contexto amplo. O contexto imediato é formado pelas instituições educacionais, os educadores e professores que recebem o documento que oficializa e fundamenta as bases educacionais da Nação. No contexto amplo, de um lado, consideramos o efeito de sentido dos elementos constitutivos da sociedade, isto é, o modo como os professores recebem os PCN, sua aceitação, sua rejeição, sua aplicação e ainda o conceito de juízo de valor que os professores têm a respeito das decisões e das ações dos órgãos governamentais, ou seja, a imagem que eles têm dos representantes públicos. De outro lado, consideramos o modo como o governo considera o professor, de como organiza o poder distribuindo posições de mando e ordem: o governo legitimado pela posição social e pelas relações de forças – lugar a partir do qual fala ministro da educação – de modo que suas palavras exercem uma determinada autoridade regida pelos fatos historicamente organizados.

As relações de forças que se estabelecem sob o modo do funcionamento das formações imaginárias, podem ser exploradas com as seguintes características: a imagem que o governo tem do professor e a imagem que o governo tem de si próprio. Este mecanismo forma o jogo de imagens.

Orlandi esclarece:

O imaginário faz necessariamente parte do funcionamento da linguagem. Ele é eficaz. Ele não “brota” do nada: assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade a nossa, por relações de poder. A imagem que temos de um professor, por exemplo, não cai do céu. Ela se constitui nesse confronto do simbólico com o político, em processos que ligam discursos e instituições. [...] Os sentidos não estão nas palavras. Estão aquém delas. [...] As palavras mudam de sentido segundo as posições daqueles que as empregam. Elas “tiram” seu sentido dessas posições, isto é, em relação às formações ideológicas nas quais essas posições se inscrevem (ORLANDI, 2001, p. 42).

A construção dos diferentes níveis do discurso deixa transparecer que as palavras ou as expressões assumem um sentido próprio, constituído em cada formação discursiva, evidenciando a dominância do discurso político autoritário.

CONCLUSÃO

As relações que se estabelecem no interior de cada discurso determinam para os interlocutores algumas obrigações, por intermédio das quais se altera a situação dos participantes. Procuramos apresentar no decorrer das considerações delineadas algumas questões específicas sobre os processos da construção do discurso que são perpassados pelo contexto histórico e pela formação ideológica. A elaboração deste trabalho não tem a pretensão de buscar respostas à pergunta inicial, mas sim refletir sobre a relação de forças entre as diferentes classes sociais, e especificamente como parte da tarefa desta pesquisadora, observar e refletir, de um lado, sobre o papel ou posição desempenhada pelo Governo, e de outro, sobre papel desenvolvido pelos professores. Observamos que essa relação constitui-se, principalmente, pelo discurso político educacional sustentado pela formação ideológica.

O contexto histórico estabelece o lugar social entre os interlocutores. Encontramos na análise das três cartas de apresentação dos PCN um discurso político que induz os professores à crença de que o documento é garantia de sucesso para o trabalho pedagógico educacional. O discurso ventila o sentido que o Governo está cumprindo sua responsabilidade diante das camadas sociais: organiza as diretrizes básicas para o trabalho escolar como uma receita pronta para solucionar os problemas existentes no sistema educacional. O Ministro articula o discurso evidenciando a necessidade de garantir a democratização do sistema do Estado, mas a proposta insere-se, mais uma vez, dentre as várias políticas que perpassam a educação brasileira há décadas, na fragmentação do saber cultural da sociedade.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, H. N. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: Unicamp, 2002.

BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: primeira a quarta série do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de educação fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**/Secretaria de educação fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: ensino médio: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**/Secretaria de educação fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1998.

RELATÓRIO PISA e o problema da leitura. *Jornal do Professor*. Primavera de 2002. Moderna. Disponível em <www.moderna.com.br> Acesso: 20 mai 2002.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. Campinas: Pontes, 1996.

_____. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2002.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de Eni P. Orlandi. Campinas: UNICAMP, 1995.

_____. M. **Análise automática do discurso**. Campinas: Unicamp, 1969.

POSSENTI, S. **Discurso, estilo e subjetividade**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS PARA PUBLICAÇÃO NA “REVISTA UNINGÁ”

- 01) Apresentar o texto de, no máximo, 10 páginas, impresso em 01 (uma) via e também gravado em disquete 3,5”, digitado em Word 6.0, ou posterior, em papel tamanho A4, com espaçamento simples, sem espaços ociosos entre os parágrafos, fonte *Times New Roman*, tamanho 12. As margens devem ter 3 cm à esquerda e acima e 2 cm à direita e abaixo. O texto, com exceção das Referências Bibliográficas, deverá estar justificado na página.
- 02) TÍTULO: Deverá estar em **negrito** e centralizado no topo da primeira página.
- 03) NOME DO(S) AUTOR(ES): O(s) autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do Título, com os nome digitado em CAIXA ALTA e justificado à direita da página. Ao lado do nome, abrir parênteses, fazendo constar a sigla da instituição a que pertence/representa. Se o autor for acadêmico da graduação, deverá aparecer a letra “G” antes da sigla. Ex.: JOÃO CARLOS DA SILVA (G-Uningá); se for aluno da pós-graduação, deverão aparecer as letras “PG” antes da sigla. Ex.: MARIA CLÁUDIA VASCONCELOS (PG-Uningá); se for docente, deverá aparecer apenas a sigla da instituição. Ex.: LUCIANO CÂNDIDO REIS (Uningá). OBS: Poderão, ainda, ser constadas, a critério do autor, *em notas de rodapé*, outras informações que julgar relevantes sobre o autor, tais como: titulação, e-mail para contato, etc. OBS: Em uma folha avulsa, deverá constar o Título do Artigo, com o nome do(s) autor(es), com seus respectivos endereços, telefones e e-mails para possíveis contatos futuros e envio de exemplar.
- 04) Logo abaixo do TÍTULO, no corpo do artigo, deverá ser digitada a palavra **Resumo**, centralizada, em CAIXA ALTA e **negrito**. Na linha seguinte, deverá ser apresentado um breve resumo do Artigo, com, no máximo, 150 palavras, seguido de até 03 (três) **palavras-chave**. O resumo deve ressaltar as seguintes informações: objetivo, método, resultados e conclusões, composto de uma seqüência de frases simplificadas (concisas), afirmativa, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser escrito utilizando-se parágrafo único. A primeira frase deve ser significativa, dando ênfase à explicação do tema principal do documento, seguida da indicação da informação sobre a categoria do tratamento dado (artigo, estudo de caso, resenha, *paper*, etc.). Os verbos deverão ser empregados na voz ativa e na terceira pessoa do singular. Ex.: "Este artigo, baseado em estudo de caso no Brasil, *desafia* as teorias correntes de estratégia e de redes e *aponta* caminhos para a construção de teorias úteis para pequenas empresas e gerentes..." Logo abaixo do resumo, devem ser apresentadas as **palavras-chave**, antecedidas pela expressão Palavras-chave (e não Palavras-chaves), separadas entre si por ponto (.). Ex.: "Palavras-chave: Redes. Pequenas empresas. Estratégia. Construção de teoria." Devem ser evitados: símbolos que não sejam comumente utilizados; fórmulas, equações, diagramas etc.

- 05) Abaixo do Resumo, a palavra INTRODUÇÃO, centralizada e **negrito**, devendo ser abordados o Referencial Teórico pesquisado para a elaboração do artigo, seguido dos objetivos.
- 06) Em seguida, fazer constar: PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS, centralizado e **negrito**, seguido dos seguintes itens, também centralizados e em **negrito**: RESULTADOS E DISCUSSÕES, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS (e não mais “Referências bibliográficas”).
- 07) As citações, referências, nomeação de tabelas, gráficos e figuras devem obedecer às normas da ABNT. As referências devem aparecer em ordem alfabética, *contendo somente as obras citadas no texto* e não devem ser numeradas. Eis alguns exemplos já configurados de acordo com as Normas da ABNT:

Referência de Livro:

SOUZA, A. M. C. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed., São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Capítulo de Livro:

SOUZA, A. M. C. Prognóstico funcional da paralisia cerebral. In: FERRARETO, I e SOUZA, A.M. **Paralisia cerebral**: aspectos práticos. 2. ed., São Paulo: Mennon Edições Científicas, 1998.

Referência de Artigo de Periódico (ou Revista Científica):

CONTI, P. C. R.; SÁBIO, S. A utilização do ajuste oclusão na finalização de casos ortodônticos: teorias e conceitos atuais. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 81-103, mar./abr. 1999.

Referência de matéria extraída de Jornal:

BUENO, Wilson. Uma história índia. **O Estado do Paraná**, Curitiba, p. 2, 30 jul. 2000.

Referência de Artigo de Anais de Eventos (Congressos, Encontros, etc.):

CANONICE, B. C. F. O texto dos formandos de Letras: um estudo sobre a coesão e a coerência. In: CONGRESSO NACIONAL DE LINGÜÍSTICA E FILOLOGIA. 4., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UERJ, 2000, p. 78-94.

Referência de Dissertação de Mestrado, Teses de Doutorado e outros trabalhos acadêmicos:

GAZOLA, V. A. F. G. **Estudo comparativo dos efeitos da suplementação com L-carnitina e DL-carnitina na toxicidade a amônia e metabolismo hepático:** Estudos *in vivo*, em perfusão de fígado *in situ* e em hepatócitos isolados. 1999, 66 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

Referência de texto extraído da Internet:

PITTA, G. B. B. **Preservação da veia safena magna na cirurgia das varizes tronculares primárias.** Disponível em <http://www.lava.med.br/lava/preservacao_safena_magna.htm>. Acesso em: 9 jun. 2004.

Referência de texto extraído de CD-ROM:

CARNEIRO, F. G. Numerais em esfero-cristais. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 49., 1997, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Ed. da UFGM, 1997. 1 CD-ROM.

- 08) Se houver gráficos, diagramas e figuras, recomenda-se que o(s) autor(es) utilize(m) apenas as cores preta e cinza. Se apresentar Tabelas, o título das mesmas deverá aparecer em cima, com numeração progressiva (ex: Tabela 1 – Levantamento de dados relacionados à taxa de glicose...), indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver); se apresentar Figuras e Gráficos, o título deverá aparecer embaixo (ex: Gráfico 1 – Ocorrências de proliferação de viroses por faixa etária...), com legendas (se houver) à direita.
- 09) Os trabalhos devem ser, de preferência, originais ou divulgados previamente de forma restrita. Serão aceitos para publicação artigos, ensaios, *papers*, relatos de pesquisa, entre outros. Terão preferência os trabalhos que contribuam para a melhoria do ensino, tanto em nível teórico quanto teórico-empírico.
- 10) Também serão aceitas resenhas de livros lançados recentemente e que contribuam para o avanço do conhecimento.
- 11) Os trabalhos apresentados serão submetidos à avaliação do Conselho Editorial e de consultores *ad hoc*, sendo o(s) autor(es) notificados quanto à aceitação ou recusa dos mesmos.

- 12) Ao Conselho Editorial reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados à publicação.
- 13) Os conceitos emitidos nos textos serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial.
- 14) Os textos para publicação deverão ser encaminhados para a coordenação da REVISTA UNINGÁ:

A/C Prof. Ney Stival

Uningá - Unidade de Ensino Superior Ingá Ltda.

Av. Colombo, 9727 – Km. 130 – Cep: 87070-810 – Maringá – Pr.