



CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR DAS FACULDADES ISEIB



INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL
Perspectivas no Contexto Empresarial e Social



APRESENTAÇÃO

REVISTA CIÊNCIA CONTEMPORÂNEA tem publicação semestral das Faculdades ISEIB (FIBH e FISBE), se desenvolve em prol da valorização constante da pesquisa acadêmica de qualidade e com responsabilidade científica. As pesquisas são ferramentas para construir, disseminar conhecimento e desenvolver o aprendizado na atualidade para as presentes e futuras gerações, mediante os meios de comunicações e novas tecnologias da inteligência artificial que influenciam diretamente na formação educacional do ser humano. De fato, essa variedade de pesquisas com qualidade, é resultado das características singulares de cada profissional da área de conhecimento diversa, com isso demonstra a potência e importância da pesquisa acadêmica junto ao crescimento dos cursos à distância de excelência das Faculdades ISEIB (FIBH e FISBE).

Mediante esta análise, destaca-se os assuntos inéditos, atuais e contemporâneos desta publicação. Neste primeiro artigo intitulado: **ENSINO SUPERIOR EAD E INCLUSÃO DE ALUNOS COM TDAH: USO DAS TICS E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS**, se refere ao estudo do crescimento das matrículas no ensino superior na modalidade EAD e a inclusão de estudantes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a partir do uso de tecnologias e práticas pedagógicas inovadoras. No segundo artigo o tema abarca a **QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÕES CUTÂNEAS CRÔNICAS EM PÉ DIABÉTICO**, assim evidencia que diabetes mellitus é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas no mundo, impactando significativamente a qualidade de vida dos portadores, especialmente devido às complicações, como a lesão de pé diabético. Na sequência no artigo terceiro, **AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EMOCIONAL EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**, o estudo investigou o estresse ocupacional entre enfermeiros supervisores de enfermagem em uma UTI adulta de Belo Horizonte. A pesquisa, quantitativa descritiva, utilizou a Escala Bianchi de Stress (EBS) e um questionário próprio para avaliar o nível de estresse emocional de 26 enfermeiros. No quarto artigo, finalizando a 7ª edição analisa **O LAZER NA COMPOSIÇÃO DO SABER DOCENTE**, explora a importância do lazer na formação e na prática docente, investigando como atividades de lazer contribuem para a composição do saber do professor.

SUMÁRIO

- 1. ENSINO SUPERIOR EAD E INCLUSÃO DE ALUNOS COM TDAH: USO DAS TICS E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS.** Autores: Antônia S. S. Oliveira, Lygia S. S. Oliveira, Gianno Lopes Nepomuceno, Maria de Fatima.....03
- 2. QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÕES CUTÂNEAS CRÔNICAS EM PÉ DIABÉTICO.** Autores: Izabela Bortoloto Rodrigues, Claudiomiro de Souza Alonso, Célia Maria de Oliveira, Amanda Damasceno de Souza, Daniela Mascararenhas de Paula Campos, Mendelssonh Martins Santana Silva, Selme Siqueira de Matos21
- 3. AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EMOCIONAL EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.** Autores: Alan Roberto de Oliveira Miranda, Victor Resende, Jorge Josaphart Ferreira, Maria Luiza Peixoto, Célia Maria de Oliveira, Andreza Pereira Ladeira.....40
- 4. O LAZER NA COMPOSIÇÃO DO SABER DOCENTE.** Autores: Márcio Aparecido de Freitas Silva, Pedro Carlos F. Santos64

ENSINO SUPERIOR EAD E INCLUSÃO DE ALUNOS COM TDAH: USO DAS TICS E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS.

Antônia S. S. Oliveira

Pedagoga,
Doutora em Educação Especial- UFSCAR
Professora FISBE
anttoniaoliver@gmail.com

Lygia S. S. Oliveira

Biomédica
Mestre em Tecnologia Educacional -UTAD
Professora FISBE
lygiaoliver@hotmail.com

Gianno Lopes Nepomuceno

Mestre em Direito Ambiental
Professor/Coordenador dos cursos Gestão das
Faculdades ISEIB.
giannonep@yahoo.com.br

Maria de Fatima

Psicóloga
Especialista em neuroaprendizagem
Professora FISBE
Dudamoc12hotmail.com

RESUMO: Este estudo analisa o crescimento das matrículas no ensino superior na modalidade EAD e a inclusão de estudantes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), a partir do uso de tecnologias e práticas pedagógicas inovadoras. Buscou ainda as eventuais repercussões na interação do processo de instrução e aquisição de conhecimento, suas implicações no processo de inclusão nas instituições de ensino superior a partir da legislação e de artigos científicos. O problema central investigado consiste em analisar dados oficiais do INEP-MEC, identificar as legislações que amparam a inclusão dos alunos com TDAH nas instituições de ensino superior EAD. Aborda-se sobre a compreensão e a visão dos docentes e tutores virtuais sobre as práticas pedagógicas e uso de ferramentas na mediação, acerca dos elementos que facilitam e dificultam o processo de ensino e aprendizagem para alunos diagnosticados com TDAH. O estudo identificou ainda o apoio familiar durante os estudos e acerca de cumprimento de calendários, cronogramas e ações obrigatórias de um ensino superior EAD.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino Superior EAD; Inclusão e TDHA; Tecnologia e Prática Pedagógica; Processo de Aprendizagem.

EAD HIGHER EDUCATION AND INCLUSION OF STUDENTS WITH ADHD: USE OF ICT AND PEDAGOGICAL PRACTICES.

ABSTRACT: This study analyzes the growth of enrollments in higher education in the distance learning (EAD) modality and the inclusion of students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), through the use of technologies and innovative pedagogical practices. It also examined potential repercussions on the interaction of the instruction process and knowledge acquisition, and its implications for the inclusion process in higher education institutions, based on legislation and scientific articles. The central issue investigated consists of analyzing official data from INEP-MEC, identifying the legislation that supports the inclusion of students with ADHD in distance higher education institutions. The study also addresses the understanding and perspectives of teachers and virtual tutors on pedagogical practices and the use of tools in mediation, regarding the elements that facilitate and hinder the teaching and learning process for students diagnosed with ADHD. The study also identified family support during studies, as well as adherence to calendars, schedules, and mandatory actions in a distance higher education system.

KEYWORDS: Distance Higher Education; Inclusion and ADHD; Technology and Pedagogical Practice; Learning Process.

INTRODUÇÃO

O Brasil possui um conjunto de políticas públicas implementadas com influência na atual perspectiva inclusiva da educação superior, podemos observar que, já na Constituição Federal de 1988, além da concepção de educação como direito de todos, no artigo 208, inciso III e V, o Estado assume como suas atribuições (BR ASIL, 1988):

III – atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino para a educação básica [sic];

IV – acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um.

A parti da promulgação da constituição de 1988, várias legislações foram implementadas no qual citamos algumas:

ANO	LEGISLACAO
1989	Lei n. 7.853/1989 (BR ASIL, 1989) segura compromisso com a educação para pessoas com deficiência, a educação especial cujo artigo 2º, inciso I, garante o provimento por parte do Estado da inclusão, no sistema educacional, da Educação Especial como modalidade educativa que abranja a educação precoce, a pré-escolar, as de 1º e 2º graus, a supletiva, a habilitação e reabilitação profissionais, com currículos, etapas e exigências de diplomação próprios.
1994	UNESCO (1994) Declaração de Salamanca e o Enquadramento da Ação – Necessidades Educativas Especiais. Adaptado pela Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas

	Especiais: Acesso e Qualidade, Salamanca. UNESCO (1996).
1999	Decreto n. 3.298/1999 dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, observamos a definição da educação especial como modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino (BR ASIL, 1999), em seu artigo 27, o referido decreto garante ainda a adaptação de provas e apoios necessários para alunos com deficiência matriculados em IES. São também garantidas condições de acessibilidade aos meios de comunicação social e instalações desportivas em todos os níveis educacionais, inclusive nas IES.
2002	Em 2002, Língua Brasileira de Sinais (Libras) é reconhecida pela Lei n. 10.436/2002 (BR ASIL, 2002a), e aprova diretrizes e normas para uso, ensino, produção e difusão do Sistema Braille em todas as modalidades de ensino pela Portaria n. 2.678/2002 (BR ASIL, 2002b).
2007	A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva redefiniu a educação especial como transversal a todos os níveis, etapas e modalidades de ensino (BR ASIL, 2007).
2008	Decreto n. 6.571/2008, no artigo 2º, inciso IV, descreve como um dos objetivos do atendimento educacional especializado “assegurar condições para continuidade dos estudos nos demais níveis de ensino”, sendo novamente imputado ao Ministério da Educação (MEC) a responsabilidade pela estruturação de núcleos de acessibilidade nas IES federais visando a participação e o desenvolvimento acadêmico e social de alunos com deficiência (BR ASIL, 2008). Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI)
1990	Lei 8.069 -Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Nº 8.069
1994	Política Nacional de Educação Especial
1996	Lei 9394- A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)
2001	Lei 10 172 - Plano Nacional de Educação (PNE) Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica
2002	Lei 10.436-02-Reconhece como meio legal de comunicação e expressão a Língua Brasileira de Sinais (Libras).
2008	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva
2011	Decreto n. 7611 estabeleceu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites, o qual traz como primeira diretriz a garantia de um sistema educacional inclusivo (BR ASIL, 2011).
2012	Lei 12.764- institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
2014	No ano de 2014, o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) de 2014 a 2024 estabeleceu como meta a ampliação das políticas de inclusão e de assistência estudantil visando aumentar as taxas de acesso e permanência de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação na educação superior, por meio do aumento das condições de acessibilidade para apoiar seu sucesso acadêmico (BR ASIL, 2014).
2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Fonte; Ministério da Educação- MEC

Mesmo com tantos amparos jurídicos no Brasil, essa discussão é muito recente. Em 2015, foi criada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), que tem como objetivo promover e assegurar o exercício dos direitos da pessoa com deficiência, por meio de Tecnologias Assistivas, livre acesso, adaptações, comunicação, mobilidade urbana, capacitação de profissionais etc. (Brasil, 2015).

Segundo Masini et al. (2005), a luta pela inclusão, no Brasil, recebeu várias influências internacionais, como a luta europeia de oposição à exclusão da pessoa com deficiência mental do convívio social. Essa luta deu origem à Liga Internacional pela inclusão; a Proposta Integracionista dos Estados Unidos, ocorrida da década de 1950, e a Declaração de Salamanca, proposta em 1994.

Ainda analisando a legislação para inclusão, Pletsch e Leite (2017) consideram que a Lei Brasileira de Inclusão e a chamada Lei de Cotas (Brasil, 2015), são divisores quando se fala em inclusão no ensino superior.

Esses autores apontam que um dos maiores avanços quando se trata de inclusão no Brasil foi a criação da LBI, em janeiro de 2015, que estabeleceu diretrizes para os processos seletivos e permanência de alunos deficientes no Ensino Superior. Ela tem como objetivo promover e assegurar, em igualdade, o exercício de direito e de liberdade da pessoa com deficiência (Brasil, 2015).

Segundo Pletsch e Melo (2017):

“essas mudanças legais têm colocado novos desafios para as IES em relação à inclusão de pessoas com deficiência e transtornos globais do desenvolvimento. O conjunto de ações governamentais tem ampliado o acesso dessa população no Ensino Superior.” (p.1614).

Nesta mesma reflexão, Pletsch e Leite (2017), diz que é importante frisar que esse crescimento ainda está longe do ideal, pois apenas 0,37% da participação no ensino superior se refere ao montante de estudantes com deficiência. Aliás, cabe dizer que ainda há enormes desafios para garantir o acesso e a permanência dessa população em todos os níveis de ensino.

Salientamos que refletir sobre inclusão no ensino superior, é interessante analisar os dados estatísticos do INEP no censo de 2020 a 2023, que demonstram o crescimento de matrículas na modalidade EAD.

Os [cursos à distância](#) no Brasil receberam mais matrículas do que os presenciais, tanto na rede pública quanto na privada, em 2020. Foram mais de 3,7 milhões de matrículas registradas, sendo que mais de 2 milhões (53,4%) optaram por EAD e 1,7 milhão (46,6%), pelos presenciais conforme Censo da Educação Superior de 2020.

Conforme gráfico abaixo INEP- Censo 2023 importante destacar que com o aumento das matrículas, principalmente nas instituições privadas os desafios para inclusão aumentaram, mas percebe-se que com a inovação tecnológica, ferramentas de mediação e comunicação, metodologias de ensino interdisciplinar o atendimentos aos acadêmicos com Necessidade Educacionais Especiais NEE, principalmente aos diagnosticados com [Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade – TDAH](#).

O número de matrículas na modalidade a distância continua crescendo, atingindo quase cinco milhões em 2023, o que já representa uma participação de 49,2% do total de matrículas de graduação.

- O número de matrículas em cursos de graduação presencial diminuiu -1,0% entre 2022 e 2023.
- Na modalidade a distância, o aumento foi de 13,4% no mesmo período, menor que o crescimento registrado no período 2021/2022 (16,5%).
- Entre 2013 e 2023, as matrículas de cursos de graduação a distância aumentaram 325,9%, enquanto na modalidade presencial não houve crescimento, e sim queda de -17,7%.

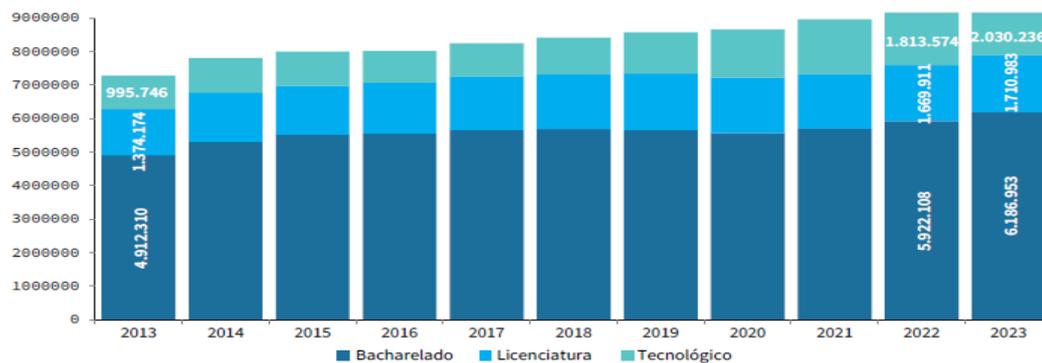


GRÁFICO 17

Fonte: Censo / INEP-2023

Flexibilidade de estudo e mensalidades mais baixas são os principais benefícios para quem procura pela modalidade EAD.

Diante do quadro apresentado, podemos considerar que nos primeiros anos do século XXI passaram a ser mais evidentes as ações do Estado que se voltaram para a promoção de acessibilidade para pessoas com deficiência na educação superior a partir de adaptações de ambos os lados, IES e pessoas com deficiências.

No Brasil, ainda conforme o Censo, existem 2.457 instituições de educação superior no Brasil. Dessas, a maioria, 2.153 (87,6%), é privada e na rede pública o total é de 304 (12,4%). Para o diretor-presidente da Associação Brasileira de Mantenedoras do Ensino Superior (ABMES), Celso Niskier, o resultado mostra a força da educação a distância, o investimento do setor em tecnologia e a melhor aceitação da sociedade a essa modalidade. “Com isso, nós ganhamos mais flexibilidade e mais alcance para educação superior”.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho, de caráter descritivo e qualitativo, foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica. Conforme Gil (2002), essa modalidade é desenvolvida a partir de um material já elaborado, sendo principalmente livros e artigos científicos. O autor (2002) afirma

que “a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados” (p.42). Uma pesquisa qualitativa não se detém em dados numéricos, mas se preocupa com a compreensão de um determinado grupo social. Assim sendo, Gerhardt e Silveira (2009) esclarecem:

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens (p. 32).

O estudo tem objetivo descritivo, quando se busca entender o crescimento de matrículas no ensino superior na modalidade EAD, a inclusão de acadêmicos diagnosticados com TDAH, e o uso das TICS e práticas pedagógicas interdisciplinares, promovendo-se a inclusão igualitária e um processo de aprendizagem eficiente e satisfatório.

REVISAO DE LITERATURA

As discussões acerca da inclusão, mostram que na legislação de inclusão no Ensino Superior ainda falta amparo para acadêmicos com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade- TDAH

O TDAH é um transtorno com maior frequência no mundo entre crianças e adolescentes com uma variação de 2% a 18% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e entre indivíduos abaixo de 18 anos a prevalência está em torno de 5% (SAYAL et al., 2018).

As discussões na literatura sobre o TDAH em adultos ainda são escassas devido ao fato de que, em grande parte do século passado, este transtorno era considerado estritamente infantil (BENCZIK, 2020).

Contudo, é possível encontrar estudos realizados que apontam uma prevalência do transtorno na vida adulta numa variação de 2,5% a 5,2% (FAYYAD et al., 2007 e SIMON et al., 2009 apud BENCZIK et al., 2020).

Alguns autores relatam que este tipo de transtorno pode causar comportamentos inadequados em vários contextos, sendo estes no ambiente familiar, escolar e social e, assim, exigir dos pais maior atenção na educação durante o desenvolvimento do filho (BARKLEY, 2020; MUSZKAT, 2012; ROTTA; BRIDI FILHO; BRIDI, 2015).

O DSM V (2014) define o TDAH como a persistência de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que geram prejuízo ao desenvolvimento, e/ou sofrimento clínico. Segundo Vigotsky (2003), atenção pode ser conceituada como estado de concentração em uma atividade ou objeto. A desatenção é a falta de concentração. Aplicando esses termos ao TDAH, conforme o DSM V (2014), a desatenção é manifestada na dificuldade em concluir tarefas, manter-se focado e organizado. Segundo uma análise do DSM V (2014), a hiperatividade pode ser tomada como um comportamento excessivamente ativo e a impulsividade como agir sem refletir previamente. Esses se manifestam como uma atividade motora excessiva/inapropriada e em ações precipitadas sem premeditação, com elevado potencial de dano à pessoa.

O TDAH é um distúrbio do neurodesenvolvimento que pode trazer prejuízos na vida acadêmica, social e profissional e alterações em mecanismos cognitivos relacionados com a aprendizagem (CAPELLI; METZNER, 2020). Os sintomas mais visíveis são a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade, conforme descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5).

Entretanto, as características apresentadas podem variar em cada indivíduo, conforme o subtipo: apresentação combinada – desatenção/ hiperatividade/impulsividade; apresentação desatenta; apresentação hiperativa/impulsiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Há possibilidade de encontrar casos de crianças que são mais desatentas e menos agitadas, já outras podem apresentar maior agitação motora e ser mais impulsivas e, assim, não ter concentração devido a esses comportamentos.

Os estudantes universitários enfrentam diversos desafios durante sua graduação, tanto para sua permanência quanto para a conclusão nos cursos (SANTANA; ROLINDO; ENETÉRIO, 2019).

No que se refere à garantia dos direitos sociais e educacionais da população da Educação Especial, a Lei Brasileira de Inclusão 13.146, criada em 2015, tem como objetivo promover e assegurar o exercício dos direitos da pessoa com deficiência, por meio de tecnologias ativas, livre acesso, adaptações, comunicação, capacitação de profissionais etc. (BRASIL, 2015).

O artigo 30 da referida lei traz um conjunto de diretrizes voltados para os processos seletivos para o ingresso e permanência nos cursos de graduação de ensino superior, educação profissional e tecnológico, públicas e privadas:

- I - atendimento preferencial à pessoa com deficiência nas dependências das Instituições de Ensino Superior (IES) e nos serviços;
- II - disponibilização de formulário de inscrição de exames com campos específicos para que o candidato com deficiência informe os recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva necessários para sua participação;
- III - disponibilização de provas em formatos acessíveis para atendimento às necessidades específicas do candidato com deficiência;
- IV - disponibilização de recursos de acessibilidade e de tecnologia assistiva adequados, previamente solicitados e escolhidos pelo candidato com deficiência;
- V - dilação de tempo, conforme demanda apresentada pelo candidato com deficiência, tanto na realização de exame para seleção quanto nas atividades acadêmicas, mediante prévia solicitação e comprovação da necessidade;
- VI - adoção de critérios de avaliação das provas escritas, discursivas ou de redação que considerem a singularidade linguística da pessoa com deficiência, no domínio da modalidade escrita da língua portuguesa;
- VII - tradução completa do edital e de suas retificações em Libras. (BRASIL, 2015).

Nesta linha de pensamento apoiamos na fala de Barkley (2020), que menciona que há sinais de comprometimento de algumas áreas como as funções executivas, mais especificamente em análise-síntese e, apesar de a leitura e a escrita serem um dos aspectos de maior dificuldade para os alunos que apresentam o transtorno, este é necessário para sua sobrevivência no contexto social.

As discussões acerca da temática relacionada ao TDAH e suas implicações no aprendizado, bem como sobre o ensino oferecido nas escolas e nas instituições de Ensino Superior, instigam profissionais da área educacional e da saúde a buscarem compreender quais são as possibilidades de elevar o potencial desse aluno especificamente através de pesquisas com aprofundamento nestas questões.

Se faz relevante nas discussões, trazer reflexões sobre os trabalhos desenvolvidos pelos Núcleos de Atendimento Acadêmico e/ou Núcleos de Acessibilidades para os alunos da graduação com Necessidades Educacionais Especiais.

A Educação Superior na modalidade EAD, trouxe importantes mudanças na gestão, na atuação dos docentes e tutores virtuais que passaram a utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação – TIC.

As TIC como afirma (TEIXEIRA, 2010), constituem um diversificado conjunto de recursos tecnológicos, tais como: computadores, celulares, *internet*, redes sociais, metodologias e ferramentas que compõem o ambiente virtual como chats e correio eletrônico; fotografia e vídeo digital; TV e rádio digital; telefonia móvel; Wi-Fi; Voip; *websites* e *home pages*, Ambiente Virtual de Aprendizagem AVA para o ensino a distância, entre outros.

Tais recursos podem e devem ser utilizados no contexto educacional de forma a favorecer a aprendizagem dos alunos de modo geral e, em especial, dos alunos com deficiências, TGD ou altas habilidades/ superdotação, uma vez que também compreendem parte dos recursos contemplados pelas salas de recursos multifuncionais, sob a denominação de tecnologia assistiva. Conforme Schirmer et al. (2007, p. 31):

Tecnologia assistiva é uma expressão utilizada para identificar todo o arsenal de recursos e serviços que contribuem para proporcionar ou ampliar habilidades funcionais de pessoas com deficiências e, conseqüentemente, promover vida independente e inclusão (2007, p. 31):

A tecnologia assistiva pode ser caracterizada, ainda, como uma área que tem estimulado novas pesquisas e o desenvolvimento de equipamentos que favorecem o aumento, manutenção e a melhora das habilidades funcionais da pessoa com deficiência, em diferentes fases da sua vida, possibilitando condições efetivas de melhoria da qualidade de vida, ao favorecer uma maior autonomia e permitir que se torne mais produtiva, em síntese, mais realizada (LAUAND; MENDES, 2008).

Dentre os recursos de tecnologia assistiva disponibilizados pelo Ministério da Educação nas salas de recursos multifuncionais figuram materiais didáticos e paradidáticos em braile, áudio e Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS, laptops com sintetizador de voz, softwares para comunicação alternativa, entre outros que promovem o acesso ao currículo.

Ressalta-se, ainda, que as TIC, por si só, não garantem a escolarização do aluno. Trata-se de um conjunto de ferramentas colocados à disposição do ensino que podem contribuir efetivamente na mediação significativa entre o aluno e o conhecimento. Neste sentido, afirma Carvalho (2001, p. 67):

[...] a informática e as demais tecnologias de informação e comunicação não representam um fim em si mesmas. São procedimentos que poderão melhorar as respostas educativas da escola e contribuir, no âmbito da educação especial, para que alunos cegos, surdos, com retardo mental, com paralisia cerebral, paraplégicos, autistas, multideficientes, superdotados, dentre outros, possam atingir maior qualidade nos seus processos de aprendizagem e de exercício da cidadania.

Afinal, o conhecimento sobre as TIC está previsto na Resolução CNE/CP nº 1, de 2006, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Pedagogia (BRASIL, 2006). Em seu Art.5º consta que o egresso do curso de Pedagogia deverá estar apto a:

Relacionar as linguagens dos meios de comunicação à educação, nos processos didáticos-pedagógicos, demonstrando domínio das tecnologias de informação e comunicação adequadas ao desenvolvimento de aprendizagens significativas. (BRASIL, 2006).

As aplicações das TIC para a realização de atividades traz uma série de vantagens, tais como: a individualização do ensino respeitando o ritmo e o tempo de realização de atividade de cada aluno; a flexibilidade que viabiliza o uso de canais sensoriais distintos; a avaliação contínua e dinâmica; a auto avaliação; a manutenção da mesma atividade/exercício de acordo com as necessidades educacionais do aluno; o ajuste do nível de complexidade da atividade; o desenvolvimento de hábitos e de disciplina para sua utilização; a motivação, pois podem ser inseridos temas, cores, figuras, formas que atendem aos interesses dos alunos estimulando-os, de diferentes maneiras, a realizar as atividades propostas, entre outras.

Com finalidade didática, as TIC podem ser utilizadas para implementar o processo de adequação curricular. Segundo González (2002), os recursos tecnológicos são elementos de acesso ao currículo, fazem parte do conjunto de modificações realizadas para o aluno alcançar os objetivos e conteúdos previstos no programa de ensino. Acrescente-se a esses fatores a possibilidade de interação proporcionada pela tecnologia.

González (2002, p.184-185) afirma que:

Na concepção do ensino como processo de comunicação didática e nos centrado na interação comunicativa, são evidentes a versatilidade e acessibilidade dos meios audiovisuais e informáticos para a comunicação e interação social dos sujeitos com necessidades especiais. Não se pode esquecer que, para muitas pessoas, esses recursos técnicos e tecnológicos e, em especial, os recursos tecnológicos informáticos, constitui a via de acesso ao mundo, à interação social e à comunicação ambiente. A utilização das diferentes estratégias e recursos tecnológicos permite atenuar as dificuldades que alguns sujeitos com necessidades educativas especiais têm não só durante o período de escolarização, como em sua posterior incorporação ao mundo do trabalho.

A utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) vêm se tornando, de forma crescente, importantes instrumentos de nossa cultura e, sua utilização, um meio concreto de inclusão e interação no mundo (LEVY, 1999). Essa constatação é ainda mais

evidente quando nos referimos a pessoas com deficiência na Educação Básica e no Ensino Superior na modalidade EAD.

Nesses casos, as TIC podem ser utilizadas por meio de Tecnologia Assistiva:

Utilizamos as TIC como Tecnologia Assistiva quando o próprio computador é a ajuda técnica para atingir um determinado objetivo. Por exemplo, o computador utilizado como caderno eletrônico, para o indivíduo que não consegue escrever no caderno comum de papel. Por outro lado, as TIC são utilizadas por meio de Tecnologia Assistiva, quando o objetivo final desejado é a utilização do próprio computador, para o que são necessárias determinadas ajudas técnicas que permitam ou facilitem esta tarefa. Por exemplo, adaptações de teclado, de mouse, software especiais, etc. (GALVÃO FILHO; HAZARD; REZENDE, 2007, p. 30).

São diferentes as formas de classificar e sistematizar as maneiras de utilização das TIC como Tecnologia Assistiva.

Apoiamos em SANTAROSA (1997) que apresenta uma classificação que divide essa utilização em quatro áreas:

- As TIC como sistemas auxiliares ou prótese para a comunicação.
- As TIC utilizadas para controle do ambiente.
- As TIC como ferramentas ou ambientes de aprendizagem.
- As TIC como meio de inserção no mundo do trabalho profissional.

Já quanto a utilização das TIC por meio de recursos de TA, a classificação que propomos (GALVÃO FILHO; DAMASCENO, 2002) divide esses recursos nas seguintes categorias:

• **Adaptações físicas ou órteses:** São todos os aparelhos ou adaptações fixadas e utilizadas no corpo do aluno e que facilitam a interação do mesmo com o computador.

Adaptações de hardware: São todos os aparelhos ou adaptações presentes nos componentes físicos do computador, nos periféricos, ou mesmo, quando os próprios periféricos, em suas concepções e construção, são especiais e adaptados.

Softwares especiais de acessibilidade: São os componentes lógicos das TIC quando construídos como Tecnologia Assistiva. Ou seja, são os programas especiais de computador que possibilitam ou facilitam a interação do aluno com deficiência com a máquina.

Em todos esses casos encontramos recursos tanto de alta tecnologia (*high-tech*), quanto de baixa tecnologia (*low-tech*). Mesmo para utilizar um sofisticado software especial de acessibilidade, é possível desenvolver acionadores artesanais simples, baratos, ou mesmo gratuitos, dependendo das necessidades específicas de cada usuário.

No que se refere às relações familiares estabelecidas entre pais e o adolescente com o transtorno, alguns estudos relatam que relações negativas entre os membros do grupo familiar podem intensificar alguns sintomas como a desatenção, a hiperatividade ou ainda proporcionar uma instabilidade emocional.

Segundo Brinksma et al. (2020), num ambiente familiar no qual as práticas parentais são positivas, a tendência é que o filho com o transtorno tenha os efeitos dos sintomas menos aparentes ou mais bem controlados, uma vez que o apoio da família está presente. O contrário também acontece, pois, pais que apresentam práticas parentais negativas podem, de certa forma, influenciar no comportamento do filho e aumentar a intensidade dos sintomas (BREAUX; HARVEY, 2019).

As questões levantadas pelos pesquisadores esclarecem como o ambiente familiar pode ou não contribuir para os efeitos dos sintomas, mas não quer dizer que buscam encontrar culpados, mas é fundamental para verificar como ocorre a relação dessa criança com seus pais e irmãos (CYPEL, 2010). Para o autor, é relevante mencionar que o núcleo familiar faz toda diferença na vida do indivíduo com o transtorno, pois a postura dos pais, o convívio com os demais membros da família e as práticas educativas utilizadas neste contexto são de extrema importância nesses casos.

RESULTADOS

A Educação Superior a Distância é uma realidade em crescimento no Brasil e as TICs e as práticas inovadoras facilitarão o processo de ensino aprendizagem para acadêmicos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

A falta de compreensão sobre as necessidades específicas dos alunos com TDAH contribui para a perpetuação de barreiras à inclusão, resultando em desvantagens educacionais e sociais, a considerar que a CF/88 em seu art. 205 contempla que a educação consiste em um direito de todos sem distinção, como também dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a cooperação da sociedade, objetivando o pleno desenvolvimento da pessoa, com o seu preparo para o exercício da cidadania e com a sua qualificação para o trabalho.

A importância de implantar nas instituições de ensino superior, núcleos de atendimentos psicopedagógicos, de habilidades, Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA com ferramentas inovadoras de comunicação e mediação é fundamental para o desenvolvimento do acadêmico.

Ao reconhecer e atender às necessidades dos alunos com TDAH, as instituições podem oferecer um ensino mais adaptativo e personalizado, que não apenas beneficia esses alunos, mas também venha enriquecer o ambiente educacional como um todo.

Além disso, denota-se a existência de políticas educacionais e práticas pedagógicas que permitem a implementação de estratégias que podem promover uma educação mais equitativa e inclusiva, alinhada com os princípios de direitos humanos e da justiça social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estudo menciona-se o crescimento da EAD no Ensino Superior conforme Censo INEP (2023), a legislação que favorece o processo de inclusão de alunos com Necessidades Educacionais Especiais - NEE principalmente os diagnosticados com TDAH.

Na sequência, apresenta-se alguns pressupostos das TICs, das práticas pedagógicas, metodologias interdisciplinares como meio para favorecimento ao processo de ensino e aprendizagem destes acadêmicos.

A atual legislação brasileira de inclusão possibilitou o acesso de alunos com deficiência ao Ensino Superior e tem se mostrado um facilitador para sua permanência. Realidade que não era vivenciada anterior a essa legislação. Os direitos e as garantias definidos por tal legislação tem como objetivo assegurar o acesso de conhecimento de forma plena e igualitária, e não favorecimento indevido e desproporcional de indivíduos diagnosticados com TDAH.

É importante frisar que, a permanência de alunos com deficiência em IES ainda está longe do ideal. Os caminhos a serem percorridos para que o jovem aluno com TDAH seja plenamente assistido por essas leis são muitos. Entre os quais, discussões sobre o possível elo entre legislação e propostas de fomentação desse tema, contribuindo para a formação de novas estratégias que venham a garantir a permanência do aluno com TDAH nas IES, e possibilitar que o processo de aprendizado seja efetivo e que possibilite o acesso ao mercado de trabalho com a formação adequada.

Portanto, é fundamental que os gestores, docentes, tutores virtuais e equipe multidisciplinar tenham conhecimento sobre as características e comportamentos apresentados pelos jovens universitários durante o ingresso e todo o percurso nos cursos de graduação, atuando de forma solidária e benevolente.

Contudo, é preciso, ainda, que as Instituições de Ensino Superior ofereçam apoio pedagógico para os acadêmicos com TDAH, através de profissionais especializados como psicopedagoga, psicóloga, intérprete de Libras ou pedagogo especializado e que os núcleos de

atendimento e apoio possa ainda dialogar pacificamente com a família em busca do atendimento especial aos mesmos.

Sabemos que há muito a ser feito para que se possa garantir de fato a inclusão de maneira adequada dessa população no ensino superior, mas já é um começo e está em constante transformação, busca para de melhorias para os alunos, coletividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

BARKLEY, A. Russell. (2002). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): Guia completo para pais, professores e profissionais da saúde (L. S. Roizman, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000).

BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni (ed.). TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: desafios, possibilidades e perspectivas interdisciplinares. Belo Horizonte: Artesã, 2020. 504 p.

BREAUX, Rosanna P.; HARVEY, Elizabeth A. A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, v. 48, n. 5, p. 749-764, 2019. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>. Acesso em: 20 Out. 2024.

BRIDI FILHO, César Augusto; BRIDI, Fabiane Romano de Souza; SALGUEIRO, Mara Cleonice Alfaro. Elementos neuropsicológicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). In: ROTTA, Newra Tellechea; BRIDI FILHO, César Augusto; BRIDI, Fabiane Romano de Souza. *Neurologia e aprendizagem: abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 95-108.

BRINKSMA, Djûke M.; DIETRICH, Andrea; BILD, Annelies de; BUITELAAR, Jan K.; VAN DEN HOOFDAKKER, Barbara J.; HOEKSTRA, Pieter J.; HARTMAN, Catharina. ADHD symptoms across adolescence: the role of the family and school climate and the DRD4 and 5-HTTLPR genotype. *European Child & Adolescent Psychiatry*, v. 29, n. 8, p. 1049-1061, 2020. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01424-3>. Acesso em : 20 Out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 30 de agosto de 2024.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em 31 de agosto de 2024.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 08 de agosto de 2024.

_____. Lei nº 14.254, de 30 de novembro de 2021. Dispõe sobre o acompanhamento integral para educandos com dislexia ou Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou outro transtorno de aprendizagem. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14254.htm. Acesso em: 15 de agosto de 2024.

_____. Decreto nº 11.370, de 1º de janeiro de 2023. Revoga o Decreto nº 10.502, de 30 de setembro de 2020, que institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11370.htm. Acesso em: 31 de agosto de 2024.

CAPELLI, Simone Aparecida; METZNER, Isabela Pires. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e as manifestações em leitura, em escrita ortográfica e em escrita manual: revisão de literatura. In: BENCZIK, Edyleine Bellini Peroni (ed.). TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: desafios, possibilidades e perspectivas interdisciplinares. Belo Horizonte: Artesã, 2020. p. 255-265.

CYPEL, Saul. Déficit de atenção e hiperatividade e as funções executivas: atualização para pais, professores e profissionais da saúde. 4.ed. São Paulo: Leitura Médica, 2010. 135 p.

CUNHA, Ana Carolina Castro P. Deficiência como expressão da questão social. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/pykStjJty9FMZZTDCdgGCcy#>. Acesso em 28 de agosto de 2024.

ENETÉRIO, Núbia G. da P.; ROLINDO, Joicy Mara R.; SANTANA, Priscila F. A inclusão do jovem adulto com TDAH no ensino superior. 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/handle/aee/1154>. Acesso em 30 de agosto de 2024.

GRANJEAO, Rakelle Santos Almeida; MOREIRA JUNIOR, José Rocha; SOUZA, Antônia Lourosa. (2023). O papel dos professores no diagnóstico do TDAH: desafios para gestão pública da educação. *Revista científica acertte – ISSN 27638928*, 3(9), e39151. <https://doi.org/10.47820/acertte.v3i9.151>. Disponível em: <https://acertte.org/index.php/acertte/article/view/151>. Acesso em 28 de agosto de 2024.

GIL, A. C. (2002). *Como Elaborar projetos de Pesquisa*. Atlas, 4. São Paulo.

GERHARDT, T. E., & SILVEIRA, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1. Rio Grande do Sul.

GONZÁLEZ, J. A. T. *Educação e diversidade: bases didáticas e organizativas*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LÉVY, P. *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34, 1999

MUSZKAT, Mauro. *TDAH e interdisciplinaridade: intervenção e reabilitação*. São Paulo: All Print, 2012. 224 p.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia. Dificuldades e estratégias de enfrentamento de estudantes universitários com sintomas do TDAH. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 19, n. 2, p. 269-280, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872017000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 de agosto de 2024.

OLIVEIRA, Cláudia Alexandre de Freitas; REIS, Lilian Perdigão Caixêta. Universitários com TDAH, projeto de vida e núcleo de acessibilidade: apoio à inclusão. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/5147/version/5452> Acesso em: 31 de agosto de 2024.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; DIAS, Ana Cristina Garcia Dias. Repercussões do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) na Experiência Universitária. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/xjfSv7gVzqVGhx3hjtCQw7s/#>. Acesso em: 31 de agosto de 2024.

OLIVEIRA, Rosilaine Maria do Nascimento. O professor e a inclusão do aluno com déficit de atenção e hiperatividade. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2013/2013_uenp_edespecial_artigo_rosilaine_maria_do_nascimento_oliveira.pdf f. Acesso em 28 de agosto de 2024.

PLETSCH, Maria Denise; LEITE, Lúcia Pereira. (2017). Análise da produção científica sobre a inclusão no ensino superior brasileiro. *Educar em Revista*, 33, 3, 87-106. Curitiba.

Disponível em <https://www.scielo.br/j/er/a/HXgzbFY4WGCBsKPBrJgww3R/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 01 de agosto de 2024.

PLETSCH, Márcia Denise; MELO, Francisco Ricardo Lins Vieira de. Estrutura e funcionamento dos núcleos de acessibilidade nas universidades federais da região sudeste. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, v. 12, n. 3, p. 1610-1627, 2017. <https://doi.org/10.21723/riaee.v12.n.3.2017.10354>.

RIBEIRO, Leticia Almeida. A inclusão de estudantes com TDHA no contexto da educação dos anos iniciais: um olhar para o processo. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/6296/1/AE%20Monografia%20Leticia%20Almeida%20Ribeiro.pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

RODRIGUES, Thais de Sousa; SILVA, Silvia Maria Cintra da Silva. Medicalização, dislexia e TDH/A no ensino superior: contribuições da psicologia histórico-cultural. Acesso em <https://www.scielo.br/j/pe/a/TX85FbrsNf3YfBcLgZVRRVD/>. Disponível em 01 de setembro de 2024.

ROHDE, L. A. P.; BENCZIK, E. B. P. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: o que é? Como ajudar?. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

ROTTA, Newra Tellechea; BRIDI FILHO, César Augusto; BRIDI, Fabiane Romano de Souza. *Neurologia e aprendizagem: abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2015. 332 p.

ROMÃO, Eliana. A educação do educador na sociedade maquina: a ética e a estética da docência e do desejo de docender. *Filosofia e Educação*, Campinas, SP, v. 10, n.1, p.58-89, jan./abril. 2018.

SANTANA, Priscila F.; ROLINDO Joicy Mara R.; ENETÉRIO, Núbia G. da P. A inclusão do jovem adulto com TDAH no ensino superior. In: SEMINÁRIO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICO DO CURSO DE PSICOLOGIA DA UNIEVANGÉLICA, 2019, Anápolis. *Anais Eletrônicos...* Anápolis: Unievangélica, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/1154>. Acesso em: 01 de setembro de 2024.

SANTAROSA, L. M. C. Escola virtual para a educação especial: ambientes de aprendizagem telemáticos cooperativos como alternativa de desenvolvimento. *Revista de Informática Educativa*, Bogotá, n. 10, p. 115-138, 1997.

SCHMITT, Juliana Campos; MORANDO, Eunice Maria Godinho (2017). TDAH e desempenho acadêmico: uma descrição do conhecimento atual. Disponível

em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/1100>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

SILVEIRA, Guilherme Garcia da. TDAH no ambiente acadêmico: desafios e perspectivas. 2023. Disponível em: <https://comunica.ufu.br/noticias/2023/07/tdahno-ambiente-academico-desafios-e-perspectivas>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

SCHMITT, Juliana Campos; MORANDO, Eunice Maria Godinho (2017). TDAH e desempenho acadêmico: uma descrição do conhecimento atual. Disponível em: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/view/1100>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

TEIXEIRA, Meirielle Rosa; MAGALHÃES, Eliane Villefort Freitas. A importância da inclusão dos alunos com TDAH e da educação especial. Disponível em <https://repositorio.uninter.com/bitstream/handle/1/754/AIMPOR~1.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 de setembro de 2024.

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 01 de setembro de 2024.

UNIFESO. Minutos do Saber. Cartilha Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/editora/pdf/625a2be654223e4d3e6447e2db7a589b.pdf>. Acesso em: 01 de setembro de 2024.

WAGNER, Flávia; MALCON, Lui Martins Costa; CAYE, Arthur; RHODE, Luis Augusto. TDAH na universidade: panorama e desafios. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/jornal/tdah-na-universidade-panorama-e-desafios/>. Acesso em: 01 de setembro de 2024.

QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÃO DA PESSOA COM LESÕES CUTÂNEAS CRÔNICAS EM PÉ DIABÉTICO

Izabela Bortoloto Rodrigues

Graduação em Enfermagem UFMG. Enfermeira Intensivista pela Residência Multiprofissional de Enfermagem Intensivismo no H.S.C /B H.
iza_brodrigues@hotmail.com

Claudiomiro de Souza Alonso

Enfermeiro, Doutorando pela EEUFMG Enfermeiro do Hospital Militar de BHMG.
claudiomiro.alonso@hotmail.com

Célia Maria de Oliveira

Enfermeira ,Mestre e doutora em Enfermagem ,Profa do ENB da EEUFMG
cmariol@terra.com

Amanda Damasceno de Souza

Mestre e doutora pela UFMG Docente da FUMEC.
amandasd81@gmail.com

Daniela Mascarenhas de Paula Campos

Enfermeira Dra em Enf, Profa da FISBE//ISEIB
danielamascarenhas2021@gmail.com

Mendelssonh Martins Santana da Silva

Enfermeiro. Especialista em Estomaterapia, Coordenador da Unidade de tratamento de lesões do H.F.Rocho
mendelhsantana@gmail.com

Selme Silqueira de Matos

Enfermeira, Mestre e Doutora em Enfermagem EEUFMG/, Profa da EEUFMG(Aposentada)Coordenadora do Curso de Enf.ISEIB/FISBE
selmesilqueira@gmail.com

RESUMO

O diabetes mellitus é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas no mundo, impactando significativamente a qualidade de vida dos portadores, especialmente devido às complicações, como a lesão de pé diabético. Essas lesões limitam a mobilidade e autonomia dos pacientes, trazendo consequências físicas, sociais e emocionais. Avaliar a percepção da pessoa com lesões cutâneas crônicas em pé diabético em relação à sua qualidade de vida, em hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG. Teve abordagem qualitativa, com entrevistas semiestruturadas realizadas com 14 participantes, dos quais 85,7% eram homens, com idades variando entre 28 e 83 anos. Os depoimentos foram organizados em cinco categorias: compreensão sobre qualidade de vida, mudanças após o surgimento da lesão, avaliação da qualidade de vida antes e depois da lesão, aspectos considerados importantes para a manutenção da qualidade de vida com a lesão, e a percepção sobre o cuidado de enfermagem. O estudo reforça a necessidade de um cuidado integral, envolvendo aspectos físicos e emocionais, com suporte multidisciplinar. As políticas de saúde direcionadas a essa população devem incorporar intervenções focadas no fortalecimento do autocuidado, apoio familiar e acompanhamento psicológico.

Palavras-chave: Ferimentos e Lesões; Qualidade de Vida; Cuidados de Enfermagem; Pé diabético; Úlcera de pé.

QUALITY OF LIFE: PERCEPTION OF PEOPLE WITH CHRONIC SKIN LESIONS IN DIABETIC FOOT

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease that affects millions of people around the world, significantly impacting the quality of life of sufferers, especially due to complications, such as diabetic foot injury. These injuries limit patients' mobility and autonomy, bringing physical, social and emotional consequences. To evaluate the perception of people with chronic diabetic foot injuries in relation to their quality of life, in a large hospital in Belo Horizonte – MG. It had a qualitative approach, with semi-structured interviews carried out with 14 participants, of which 85.7% were men, with ages ranging between 28 and 83 years old. The statements were organized into five categories: understanding of quality of life, changes after the injury, assessment of quality of life before and after the injury, aspects considered important for maintaining quality of life with the injury, and perception about the harm of nursing care. The study reinforces the need for comprehensive care, involving physical and emotional aspects, with multidisciplinary support. Health policies aimed at this population must incorporate guidelines focused on strengthening self-care, family support and

psychological support. **Key words:** Wounds and injuries; Quality of life; Nursing Care; Diabetic foot; Foot ulc

INTRODUÇÃO

As feridas crônicas são definidas como interrupções na continuidade de tecido corpóreo, decorrentes de traumas ou de afecções clínicas, que apresentam processo de cicatrização prolongado, com tempo de duração maior que seis semanas, apresentando também alto índice de recidiva (OLIVEIRA *et al.*, 2018). A etiologia das lesões crônicas pode estar relacionada a diferentes fatores, entre eles observa-se a presença de comprometimentos vasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, neuropatias, imobilidade por tempo prolongado, neoplasias e alterações nutricionais, exigindo tratamento por profissionais capacitados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Pacientes com feridas crônicas enfrentam impactos negativos na qualidade de vida, uma vez que essas condições desencadeiam uma série de problemas que afetam o indivíduo, envolvendo aspectos físicos, psicológicos ou sociais. A cronificação das feridas tem se tornado um problema para os sistemas de saúde, pois está associada a tratamentos contínuos, de custo elevado e por tempo prolongado, impactando diferentes dimensões da vida do paciente e familiares e, conseqüentemente, a qualidade de vida (QV) e capacidade funcional (LENTSCK, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Qualidade de Vida (QV) possui um importante papel na vida do ser humano. Segundo Alvarenga *et al.* (2020, p.2), refere-se à “percepção de uma pessoa de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ela vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A avaliação da QV é um dos indicadores de assistência relacionado ao tratamento das pessoas com feridas crônicas, que tem por finalidade explorar os efeitos da doença e do tratamento na vida dos indivíduos (ALVARENGA *et al.*, 2020).

A avaliação da QV é utilizada como indicador de resposta ao tratamento das pessoas com feridas crônicas, considerando-se os aspectos físicos, psicológicos e socioespirituais, o estado funcional e a visão da vida. Para tal, utilizam-se ferramentas, instrumentos e escalas validadas com a finalidade de explorar os efeitos da doença e do tratamento na vida do ser humano (NEWBERN, 2018).

Para a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019-2020, no cenário hospitalar, observa-se que os aspectos físicos, psicológicos e socioespirituais podem influenciar na QV e, conseqüentemente, no processo de cicatrização das lesões crônicas. Elas podem perdurar por um longo período de tempo e, por isso, causar no indivíduo o

prejuízo na autoestima em consequência das incapacidades que elas propiciam, como a dor, o déficit na qualidade do sono, a inaptidão para o trabalho, além disso, geram constrangimento e afetam o relacionamento social. As lesões crônicas fazem com que tarefas cotidianas se transformem em desafio para os indivíduos, provocando déficits no autocuidado, desequilíbrio psicológico e desmotivação, dificultando o processo de cura.

O diabetes mellitus (DM) é uma das principais doenças crônicas cujo número de casos vem crescendo em mundialmente. Estima-se que, em 2045, haverá 628,6 milhões de pessoas vivendo com DM, sendo que a maioria será idosa. Esse aumento está associado a fatores como: transição epidemiológica, transição nutricional, estilo de vida sedentário, sobrepeso, crescimento e envelhecimento populacional e maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019-2020).

A pessoa diabética pode desenvolver, em longo prazo, complicações em vários órgãos, como vasos sanguíneos, rins, olhos e nervos, principalmente quando não é feito o tratamento adequado. E entre as complicações mais frequentes destaca-se o pé diabético (BRASIL, 2013). As úlceras diabéticas podem ser neuropáticas, vasculares e mistas. As neuropáticas englobam o mal perfurante plantar resultante dos pontos de pressão, associado à diminuição da sensibilidade protetora, a qual é causada por uma calosidade plantar que acaba sendo traumática. As úlceras neuropáticas ocorrem em áreas de distribuição do peso e do atrito, especialmente sob as epífises distais do metatarso. As úlceras isquêmicas englobam lesões secundárias, pequenos traumas e escoriações.

São muitas as complicações do DM, entre elas se destacam as complicações relacionadas aos pés, que apresentam estado fisiopatológico multifacetado, e são caracterizadas pelo aparecimento de lesões consequentes da neuropatia em 80% a 90% dos casos. Essas lesões são geralmente precipitadas por trauma e complicam-se com a infecção, podendo terminar em amputação quando não iniciado um tratamento precoce e adequado (BARBOSA, 2016).

Nesse contexto, destaca-se a necessidade de cuidado individualizado e especializado às pessoas com feridas, principalmente pelo enfermeiro Estomaterapeuta, que possui conhecimentos, habilidades e competências gerenciais para o cuidado com qualquer tipo de lesão. Sendo assim, faz-se essencial a sua inserção nos serviços de saúde para assumir as funções destinadas a essa área e proporcionar melhores resultados nos âmbitos individual e coletivo dessa população e, conseqüentemente, na QV.

Para Boas, Salomé e Ferreira (2018), é interessante enfatizar a necessidade de os profissionais focalizarem a saúde de pessoas com feridas crônicas, na identificação de mudanças nos níveis de bem-estar e qualidade de vida, garantindo o suporte necessário para lidarem com as dificuldades que se apresentam. Além disso, torna-se fundamental a qualificação dos profissionais para a prestação de cuidados às pessoas com feridas, uma vez que avaliar a QV é tão importante quanto o cuidado da ferida, e os fatores clínicos que comprometem a QV podem ser modificados conforme a execução de um tratamento eficaz (BOAS; SALOMÉ; FERREIRA, 2018).

Há carência de registro de dados específicos sobre o assunto, muito embora o dia a dia dos profissionais que lidam com o problema os leve a constatar significativa frequência de pacientes com complicações em pés, principalmente em situações de urgência, e com quadro irreversível. Nesse sentido, tal constatação despertou o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre essas lesões de pé diabético, o que resultou na execução da presente investigação.

Assim, a seguinte questão norteou este estudo: **qual a percepção da pessoa com lesões crônicas em pé diabético em relação à qualidade de vida, em hospital de grande porte de Belo Horizonte- MG?**

Neste contexto o objetivo é avaliar a percepção da pessoa com lesões cutâneas crônicas em pé diabético em relação à sua qualidade de vida, em hospital de grande porte de Belo Horizonte - MG. Já os objetivos específicos são:

1. Descrever o perfil sociodemográfico dos pacientes com lesões cutâneas crônicas em pé diabético em hospital de grande porte de Belo Horizonte – MG;
2. Caracterizar o perfil clínico dos pacientes com lesões cutâneas crônicas em pé diabético;
3. Identificar os aspectos que impactam a qualidade de vida dos pacientes com lesões cutâneas crônicas em pé diabético.

REVISÃO DE LITERATURA

O DM é uma doença crônica de etiologia múltipla, que consiste de um distúrbio metabólico causado por defeitos na secreção e/ou ação da insulina e que acaba levando a saúde do indivíduo a complicações sérias, devido à hiperglicemia persistente. Esta está associada a complicações macro e microvasculares, aumento da morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Além disso, a DM possui uma classificação etiológica em tipo 1, 2, 3 e 4 (BARBOSA; CAMBOIM, 2016).

As complicações do DM podem ser agudas ou crônicas. Entre as complicações agudas estão hiperglicemia e hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser macrovasculares: doença cardíaca coronariana, doença vascular periférica e doença cerebrovascular; microvasculares: retinopatia e nefropatia; e neurológicas ou neuropatia (PORTIERI; BACHION, 2010 *apud* BARBOSA; CAMBOIM, 2016).

O DM é uma doença de origem multifatorial e está relacionada a um distúrbio no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção ou da ação da insulina (BRASIL, 2006). Ela é considerada uma das doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência, estimando-se que existem cerca de 387 milhões de diabéticos no mundo (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2017).

Pé Diabético é o termo utilizado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas nos pés e nos membros inferiores dos diabéticos. O pé diabético é caracterizado pela presença de pelo menos uma das seguintes alterações: neurológicas, ortopédicas, vasculares e infecciosas. (CAMBOIM, 2016).

Em relação ao papel da Atenção Primária no cuidado com o diabetes mellitus, tendo em vista que se trata de um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, destaca-se que os cuidados da equipe de saúde com o diabético devem ocorrer principalmente no sentido de evitar complicações e buscar o bom manejo desse agravo na Atenção Básica (AB), evitando hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BORGES; LACERDA, 2018).

De acordo com Borges e Lacerda (2018), para que as ações voltadas ao controle do DM se desenvolvam de forma efetiva e eficiente, a AB deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Práticas centradas na prevenção de complicações são de extrema necessidade para o controle das complicações, principalmente do pé diabético. Sendo assim, a equipe de saúde deve atender os usuários com um exame criterioso dos pés, pois o exame clínico é o método diagnóstico mais efetivo, simples e de baixo custo para diagnóstico da neuropatia.

Nos serviços de saúde pública, é primordial o treinamento de equipes interdisciplinares (médico clínico, enfermeiro e técnico de enfermagem), na atenção básica, para a classificação do risco e controle das intercorrências clínicas iniciais dos pés dos diabéticos (CAIAFA *et al.*, 2011).

O DM é considerado uma das Linhas de Cuidado (LCs) do Sistema Único de Saúde (SUS). As LCs podem ser entendidas como recomendações sistematicamente

desenvolvidas, orientadas por diretrizes clínicas, com o objetivo de garantir a atenção à saúde. Elas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção (primário, secundário e terciário) de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde.

A AB desempenha importante papel para normatizar as ações voltadas ao controle do DM por meio de estratégias e medidas que possibilitem a ampliação do acesso e da qualidade de sua assistência, através do cadastramento e da vinculação dos usuários às Unidades Básicas de Saúde (UBSs), possibilitando o acompanhamento sistemático dos casos, a prevenção das complicações e a atualização dos profissionais de saúde (BORGES; LACERDA, 2018).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, realizado com pessoas com lesões cutâneas crônicas em pé diabético, em ambulatório de um hospital de grande porte do Sistema Único de Saúde, em Belo Horizonte- MG. Por se tratar de busca de significados, optou-se pela pesquisa qualitativa, já que a abordagem qualitativa permite entender a situação vivenciada através do contato direto do pesquisador com o contexto estudado, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo.

Para atingir o objetivo proposto, o estudo foi desenvolvido em ambulatório de um hospital de grande porte, privado, conveniado com o Sistema Único de Saúde-SUS, localizado em Belo Horizonte- MG. É campo de estágio do Curso de Especialização em Estomaterapia da Escola de Enfermagem a Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), desde o ano de 2007. Trata-se de uma instituição de referência em atendimento de pacientes com lesões crônicas. A referida instituição possui quatro unidades de terapia intensiva (60 Leitos), dois centros cirúrgicos com capacidade para 120 cirurgias/dia e conta, em seu quadro de Recursos Humanos em Enfermagem, com 130 enfermeiros e 780 técnicos de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: pessoas em atendimento ambulatorial com lesão cutânea crônica de pé diabético, com idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, composta de questões norteadoras envolvendo o tema “Qualidade de vida de pessoas com lesões crônicas em hospital de grande porte, em Belo Horizonte-Minas Gerais”, a saber: O que você compreende por qualidade de vida? Quais foram as mudanças vivenciadas por você após o surgimento da lesão crônica? Como você avalia a sua qualidade de vida antes e depois do surgimento da lesão crônica? O que você considera importante para manter uma boa qualidade de vida com lesão crônica?

Todas as entrevistas foram gravadas, com a autorização dos participantes, e posteriormente transcritas na íntegra. Não foram realizadas buscas em prontuário. Em seguida, os dados coletados foram tratados e o processo de análise dos dados foi construído seguindo as fases da análise de conteúdo propostas por Bardin (2016).

Cada pessoa participou somente de uma entrevista e nela pôde expressar suas opiniões, refletindo sobre as questões colocadas pela entrevistadora. O entrevistado teve garantia do anonimato e sigilo das informações fornecidas. Além disso, tiveram a opção por não responder às perguntas feitas e encerrou a entrevista no momento em que desejou. Tais procedimentos atenderam aos preceitos da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram realizadas perguntas abertas para que os participantes tivessem a possibilidade de discorrer livremente sobre o assunto.

As entrevistas foram gravadas em um aparelho *smartphone* e um *notebook*. O roteiro das entrevistas serviu como guia para a interpretação da realidade, dos sentimentos e do ponto de vista dos entrevistados. Durante a transcrição das entrevistas, foram empregados códigos para distinguir os participantes, a fim de preservar a identidade e garantir o anonimato dos mesmos. Sendo assim, utilizou-se a letra P (inicial da palavra Participante), seguida de número cardinal representando a ordem em que se deram as entrevistas, ou seja, P1, P2...Pn. Além disso, foi assumido o compromisso de garantir que as informações coletadas fossem utilizadas apenas para fins de pesquisa científica e para melhoria da qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas.

A técnica de encerramento da amostra foi a de amostragem por saturação, considerando que a identificação da saturação teórica é um critério determinante para interrupção da coleta de dados e definição do tamanho da amostra (MINAYO, 2010). Saturação é um termo criado por Glaser e Strauss para se referirem a um momento no

trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado (MINAYO, 2010).

O processo de análise dos dados foi construído seguindo as três fases da análise de conteúdo propostas por Bardin (2016): pré-análise; exploração do material e tratamento de resultados, inferências e interpretação.

Para clarear a descrição do conteúdo, foram destacados trechos dos discursos dos participantes com a seguinte organização: reticências entre colchetes “[...]”, que indicam recortes no discurso; informações contidas entre parênteses “(informações)” referem-se a informações contextuais ou observações importantes para compreensão das respostas dos participantes do estudo e informações entre chaves “{informações}” referem-se ao detalhamento de termos ou siglas usadas pelos depoentes.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do CNS/MS. Todos os preceitos éticos dessa resolução foram cumpridos, conforme já explicitado nas seções anteriores.

RESULTADOS

Participaram do estudo 14 pessoas, das quais 85,7% são homens, e a maioria dos participantes se encontra na faixa etária compreendida entre 28 e 83 anos. A seguir, apresentam-se depoimentos dos participantes diante das perguntas realizadas pelo entrevistador.

O que você compreende por qualidade de vida?

[...]”Uma alimentação saudável, atividade física dentro do possível (eu estou impossibilitada), e uma convivência familiar e social bacana (P1, sexo feminino, 55 anos).”

[...]”É ter tudo o que precisa, ter uma casa, ter comida, ter um plano de saúde (P3, sexo masculino, 73 anos).”

[...]”É dormir bem, comer bem, ter um bom relacionamento, uma boa convivência com esposa e filhos (P4, sexo masculino, 78 anos).”

[...]“O que não estou tendo... Considero que é ter uma boa alimentação, um trabalho digno que retribua, e possa usufruir (P7, sexo masculino, 70 anos).”

[...]”Ah, acho que é cuidar bem da saúde, fazer exercício físico, alimentar bem (P12, sexo feminino, 28 anos)”.

O que você vivenciou de mudanças após o surgimento da lesão crônica?

[...]“Fiquei restrita a frequentar os lugares que eu frequentava, a vida social ficou restrita, vida profissional restrita. Ainda vou por exemplo ao sacolão, aos lugares que dá pra ir de carro e permanecer sentada, mas nada de exposição, ficar em pé ... almoço no final de semana, sábado consigo ir almoçar fora rapidinho perto de casa, porque moro no interior, aí dá pra descer na porta, almoçar e ir embora ... vou na casa da minha mãe, fico deitada com o pé pra cima. Clube que eu gostaria não vou mais, tem as festas na cidade e não tenho ido. Ando muito de carro (P1, sexo feminino, 55 anos).”

[...]“Mudou que não to podendo fazer mais exercício, eu andava e nadava, agora não estou podendo. Agora estou restrito (P3, sexo masculino, 73 anos).”

[...]“Fica mais difícil, sente dor, o tratamento é demorado... tem as dificuldades.. eu moro longe e minha esposa precisa sair de casa e largar os afazeres dela para me acompanhar. [...]”Fica tudo mais difícil (P4, sexo masculino, 78 anos).”

[...]”É que eu fiquei meio “estacionado”, fiquei dependente, não posso dirigir e dependo de terceiros para resolver meus problemas (P7, sexo masculino, 70 anos).”

[...]”A maior mudança é que eu não posso fazer as coisas como eu gostaria de fazer, eu sei que eu tenho que ficar limitado para deslocar, tenho que ficar preocupado com não forçar muito o pé e de vez em quando dá errado né? (P8, sexo masculino, 66 anos).”

[...]”O aumento ansiedade, tô aposentado por invalidez, antes do tempo certo, aposentei em 2011, comecei com esse problema desde 2008 por conta da diabetes (P9, sexo masculino, 64 anos).”

[...]”A limitação de não poder fazer uma caminhada pra cuidar da saúde, ter o aborrecimento de ter que ficar vendo “isso”(a lesão) sempre, tem que comparecer sempre no hospital, e isso é uma aborrecimento que vai tendo né? (P10, sexo masculino, 49 anos).”

[...]”Antes eu não estava nem ai pra mim, eu era deprimida, na verdade, eu sou deprimida, mas meio que me deu uma luz de que eu preciso me tratar e me cuidar mais (P12, sexo feminino, 28 anos).”

Como você avalia a sua qualidade de vida antes e após o surgimento da lesão crônica?

[...]”Uai, não é bom né? Ficar restrita às atividades normais, por exemplo, ele (o marido) foi ao Mineirão, eu podia ir e agora não vou. Então assim, é chato né? Tem hora que sobe uma ansiedade (P1, sexo feminino, 55 anos).”

[...]”Uai, piorou né? Porque agora tenho que ficar mais quieto, alimentação e essas coisas não mudou, mas fazer exercício ficou difícil (P3, sexo masculino, 73 anos).”

[...]”O que mudou é que tudo fica mais difícil. Tem o baruk, que eu não posso caminhar sem aquilo. Tem uma faixa no dedo que incomoda a gente, os outros, os vizinhos que ficam perguntando e falando.. então é difícil (P4, sexo masculino, 78 anos).”

[...]”Era melhor, eu fazia tudo, era independente (P6, sexo masculino, 38 anos).”

[...]”Antes eu não estava nem ai pra mim, eu era deprimida, na verdade, eu sou deprimida, mas meio que me deu uma luz de que eu preciso me tratar e me cuidar mais (P12, sexo feminino, 28 anos).”

O que você considera importante para manter uma boa qualidade de vida com lesão crônica?

[...]”Ter o apoio familiar e tentar conviver o máximo possível, não dá pra desistir da vida por causa de uma lesão no pé, mas mexe com emocional né? (P1, sexo feminino, 55 anos).”

[...]”Considero importante a cura, curou... melhorou tudo (P4, sexo masculino, 78 anos).”

[...]”Ter uma melhora da lesão, porque ela é limitante. Tem limitação de movimentação, deslocamento, sempre tem a dependência de alguém, ou taxi, ou uber para locomover (P5, sexo masculino, 64 anos).

[...]”Ter bons hábitos, principalmente uma boa alimentação, praticar esportes. Cuidar do físico e do mental (P10, sexo masculino, 49 anos).”

Em relação ao cuidado de enfermagem, como você percebe a interferência na presença da lesão crônica?

[...]”Faz diferença né? Eu fico mais tranquila em saber que tem um profissional competente olhando, supervisionando, me dá mais segurança (P1, sexo feminino, 55 anos).”

[...]”Excelente, acho primordial, porque se não fosse a enfermagem seria complicado de tratar em casa (P5, sexo masculino, 64 anos).”

[...]”Eu acho ótimo, porque eu vendo aqui eu consigo fazer em casa o meu curativo do jeito correto, eles me tratam, me auxiliam de um jeito muito bom (P12, sexo feminino, 28 anos).”

[...]”É o diferencial, a pessoa tem que procurar o profissional adequado e realizar o que tem que ser feito, isso é essencial (P14, sexo masculino, 79 anos).”

DISCUSSÃO

O diabetes mellitus é uma doença crônica que afeta cerca de 3% da população mundial, com prevalência que vem aumentando conforme ocorre o envelhecimento populacional. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation*) estimou que um em cada 11 adultos entre 20 e 79 anos tinha diabetes tipo 2. No Brasil, o diabetes é reconhecido como um importante problema de saúde pública e, entre as suas principais complicações, estão a neuropatia, retinopatia, cegueira, pé diabético, amputações e nefropatia. É importante que os serviços de saúde estejam preparados para evitar as complicações, óbitos e aumento dos custos públicos referentes a tal agravo (MUZY, 2021).

A IDF enfatiza que a lesão no pé do paciente portador de DM resulta da presença de dois ou mais fatores de risco associados. Na maioria dos pacientes portadores de DM, a neuropatia periférica tem um papel central: mais de 50% dos pacientes diabéticos tipo 2 apresentam neuropatia e pés em risco.

Muzy (2021) ressalta que a neuropatia leva a uma insensibilidade (perda da sensação protetora) e, subsequentemente, à deformidade do pé, com possibilidade de uma marcha anormal. A neuropatia torna o paciente vulnerável a pequenos traumas (motivados, por exemplo, pelo uso de sapatos inadequados ou por lesões da pele ao caminhar descalço), que podem precipitar uma úlcera.

Para vários autores (MUZY, 2021), a deformidade do pé e a mobilidade articular limitada podem resultar em carga biomecânica anormal do pé, com formação de hiperqueratose (calo), que culmina com alteração da integridade da pele (úlcera). Com a ausência de dor, o paciente continua caminhando, o que prejudica a cicatrização.

Apesar de as mulheres apresentarem maior prevalência de diabetes mellitus (10,2%), observa-se predominância de cegueira e incidências de pé diabético,

amputação e nefropatia nos homens, o que corrobora os resultados do presente estudo, uma vez que a ocorrência de lesões de pé foi maior em homens (MUZY, 2021).

Estima-se que mais de 10% dos pacientes portadores de diabetes desenvolverão desenvolver úlceras nos pés em algum momento de sua vida. Cerca de 80% a 90% das úlceras são precipitadas por trauma extrínseco (em geral, sapatos inadequados). Entre 70% e 100% das lesões, há sinais evidentes de neuropatia, e apenas 10% das úlceras são puramente vasculares. Uma grande parte das infecções nos pés de pacientes portadores de diabetes é oriunda de traumas perfurantes e/ou cortantes ou de lesões interdigitais ou periungueais (BRASIL, 2023).

No presente estudo, constatou-se nas entrevistas que a existência de rede de apoio à pessoa em tratamento do pé diabético é importante para manter uma boa qualidade de vida, como mostra o relato a seguir: [...] Ter o apoio familiar e tentar conviver o máximo possível, não dá pra desistir da vida por causa de uma lesão no pé, mas mexe com emocional, né? (P1, sexo feminino, 55 anos). Em seu depoimento, o entrevistado exprime uma necessidade de manter os familiares próximos para que o enfrentamento do agravo ocorra de forma mais positiva, fazendo com que o processo de tratamento se dê mais suavemente. Quando observadas as subjetividades de viver com uma ferida do pé diabético, verificou-se o impacto das lesões cutâneas crônicas nas mudanças no estilo de vida de seus portadores, conforme mostram as falas seguintes: [...] Prática de exercício, fiquei limitado... preciso me equilibrar no baruk(calçado ortopédico), não caminho direito, não posso fazer as coisas que eu gosto (P7, sexo masculino, 70 anos).

As pessoas com diabetes mellitus comumente enfrenta a doença mascarando seus sentimentos e suas vontades. Ainda sob a influência de uma formação que abordava pacientes diabéticos em sua dimensão técnico-biológica, com ênfase na dicotomia sujeito-objeto. Nessa concepção, o cuidado se prendia a informar os pacientes sobre os principais aspectos relacionados ao controle do bom nível glicêmico, como alimentação equilibrada, exercícios físicos, insulino terapia e adesão à terapia medicamentosa.

No que tange à adaptação dos hábitos e estilo de vida à condição crônica da lesão, observam-se os seguintes relatos:

[...] agora tenho que ficar mais quieto, alimentação e essas coisas não mudou, mas fazer exercício ficou difícil (P3, sexo masculino, 73 anos).

[...] então eu tenho procurado regular, eu faço acompanhamento com endocrinologista. Eu tenho procurado melhorar hábitos e, por causa do pé, tem certos tipos de exercício que eu não posso fazer [...] na verdade, essa

minha lesão na sola do pé começou numa caminhada na esteira, então eu fui eliminando esse tipo de exercício, nada que “force” os meus pés. (P11, sexo masculino, 58 anos).

Essa fragilidade se revela por meio de relatos nos quais a pessoa com lesão crônica cita as experiências dolorosas que limitam sua liberdade, invadem sua privacidade, impedindo-a de realizar atos comuns do cotidiano – como exercitar e caminhar – e levam-na à perda da consciência de si mesma, deixando-a à mercê da ação do profissional de saúde para adaptação dos hábitos e estilo de vida.

Nesse sentido, destaca-se que o ambiente pode influenciar o cuidado, e cabe à enfermagem fazer uso de seu poder e competência para garantir um ambiente propício, ou, em outras palavras, um ambiente de cuidado, envolvendo os meios físico, administrativo, social e tecnológico necessários para a melhoria da assistência à pessoa com lesão cutânea.

Quando questionados sobre a qualidade de vida antes e depois do surgimento da lesão crônica, tendo em vista os impactos da ferida de pé diabético nos relacionamentos, emergiram relatos como os seguintes:

[...] Uai, não é bom né? Ficar restrita às atividades normais, por exemplo, ele (o marido) foi ao Mineirão, eu podia ir e agora não vou. Então assim, é chato, né? Tem hora, que sobe uma ansiedade (P1, sexo feminino, 55 anos).

[...] O que mudou é que tudo fica mais difícil. Tem o baruk, que eu não posso caminhar sem aquilo. Tem uma faixa no dedo que incomoda a gente, os outros, os vizinhos que ficam perguntando e falando [...] então é difícil. (P7, sexo masculino, 78 anos).

[...] não dá pra desistir da vida por causa de uma lesão no pé, mas mexe com emocional, né? (P1, sexo feminino, 55 anos).

O “sofrimento”, a “desesperança” e a “tristeza” suscitam discussão sobre a vivência com o pé diabético, percebido durante a entrevista como experiência angustiante, fundamentada na constatação das limitações impostas pela comorbidade que impacta os relacionamentos na vida conjugal, social, laboral e psicológica. Em decorrência das limitações, percebe-se semblante de sofrimento ao relatarem a vivência diária com essas questões, o que torna necessária a busca de energia para evitar desgaste psíquico. Observa-se também a repercussão da ferida de pé diabético na independência da pessoa, conforme mostram alguns relatos:

[...] Fiquei restrita a frequentar os lugares que eu frequentava, a vida social ficou restrita, vida profissional restrita. Ainda vou, por exemplo, ao sacolão,

aos lugares que dá pra ir de carro e permanecer sentada, mas nada de exposição, ficar em pé [...] almoço no final de semana, sábado consigo ir almoçar fora rapidinho perto de casa, porque moro no interior, aí dá pra descer na porta, almoçar e ir embora [...] (P1, sexo feminino, 55 anos).

[...] Fica mais difícil, sente dor, o tratamento é demorado [...] tem as dificuldades. Eu moro longe e minha esposa precisa sair de casa e largar os afazeres dela para me acompanhar. Fica tudo mais difícil (P4, sexo masculino, 78 anos).

[...] Tudo, não posso fazer nada, não posso andar, trabalhar e dirigir (P6, sexo masculino, 38 anos).

Em relação à autonomia, percebe-se que as pessoas que convivem com essa complicação, apesar de muitas já estarem habituadas ao autogerenciamento do diabetes, necessitam de estímulo, de esperança e de pensamento positivo para manterem-se engajadas no autocuidado. Estudiosos sugerem que, no atendimento a pessoas com condições que limitam a vida, os profissionais de saúde devem auxiliá-las a encontrar o caminho da esperança que se concentra na cura ou na amenização das mazelas, proporcionando um alicerce emocional mais realista, com alívio físico, emocional e espiritual.

Quando questionados acerca da qualidade de vida diante da presença das lesões crônicas, observou-se a sua interferência na saúde mental das pessoas, conforme expressam as falas a seguir:

[...] não dá pra desistir da vida por causa de uma lesão no pé, mas mexe com emocional, né? (P1, sexo feminino, 55 anos).

[...] O que não estou tendo (qualidade de vida) (P7, sexo masculino, 70 anos).

[...] A limitação de não poder fazer uma caminhada pra cuidar da saúde, ter o aborrecimento de ter que ficar vendo “isso” (a lesão) sempre, tem que comparecer sempre no hospital, e isso é um aborrecimento que vai tendo, né? (P10, sexo masculino, 49 anos).

Os relatos descritos até aqui permitiram compreender a complexidade inerente ao processo de mudança de hábitos por ocorrência de alterações no comportamento, principalmente ansiedade e medo. Nesse contexto, os relatos dos participantes do estudo permitem inferir que, apesar de saudáveis, eles têm medo das complicações futuras. Sendo assim, há surgimento de problemas emocionais no cotidiano, os quais necessitam de estratégias voltadas à saúde mental e atenção especial dos enfermeiros e outros profissionais da área da saúde.

No que concerne ao autocuidado, observou-se melhoria após surgimento de lesão de pé diabético, conforme apontam alguns relatos:

[...] Antes eu tinha uma qualidade de vida meio desregrada por conta da alimentação, abusada muitas vezes, não tinha cuidado com as questões de vida. A qualidade de vida que eu perdi foi a dificuldade [...] ter que andar de muleta (P9, sexo masculino, 64 anos).

[...] na verdade, você precisa fazer sempre um pouco a mais, porque é assim que vai contribuir para diminuir essas lesões e evitar novas (P11, sexo masculino, 58 anos).

[...] Eu estou começando a me tratar melhor, que é o que mais mudou na minha vida, porque eu sou bem desleixada em relação à saúde (P12, sexo feminino, 28 anos).

Antes eu não estava nem aí pra mim, eu era deprimida, na verdade, eu sou deprimida, mas meio que me deu uma luz de que eu preciso me tratar e me cuidar mais (P12, sexo feminino, 28 anos).

[...] não dá pra desistir da vida por causa de uma lesão no pé, mas mexe com emocional, né? (P1, sexo feminino, 55 anos).

[...] O que não estou tendo (qualidade de vida) (P7, sexo masculino, 70 anos).

[...] A limitação de não poder fazer uma caminhada pra cuidar da saúde, ter o aborrecimento de ter que ficar vendo “isso” (a lesão) sempre, tem que comparecer sempre no hospital, e isso é um aborrecimento que vai tendo, né? (P10, sexo masculino, 49 anos).

As falas revelam dificuldades vivenciadas pelas pessoas para o controle da comorbidade e, concomitantemente, a conscientização adquirida pelos participantes após o acometimento do pé diabético sobre a importância do autocuidado, tanto direcionado para os cuidados com os pés quanto para outros aspectos das suas vidas, ressaltando um fator positivo vinculado a essa comorbidade. Quanto à capacidade de resiliência, o relato seguinte aponta: [...] O que mudou é que preciso ter mais cuidado com minha diabetes, mais cuidado com o físico por conta da ferida (P14, sexo masculino, 79 anos).

Percebe-se que as pessoas expressam seus sentimentos em relação à sua situação de saúde-doença e às mudanças no estilo de vida demonstrando resiliência. Na prática, trata-se da capacidade de se recobrar ou de se readaptar às mudanças de vida. No âmbito das ciências sociais, o termo resiliência está relacionado aos processos psicossociais que beneficiam o desenvolvimento do ser humano, auxiliando-o no convívio com as adversidades e problemas enfrentados ao longo de sua vida. É comumente assumido como uma reafirmação da capacidade humana em superar infortúnios e situações de risco como estresse e experiências sociais adversas.

Nesse sentido, é de fundamental que a abordagem à resiliência seja reforçada no cuidado a pessoas com úlcera do pé diabético, buscando o desenvolvimento de aspectos resilientes como a autoestima, a felicidade, o otimismo, a esperança, a satisfação e o fortalecimento das relações sociais, familiares e espirituais como suporte e o apoio, com vistas à cooperação no cuidado e nas relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência integral à pessoa portadora de diabetes mellitus (DM) com lesão crônica, especificamente o "pé diabético", envolve desafios significativos para os profissionais de saúde, particularmente enfermeiros. Estes devem estar plenamente conscientes da necessidade de atuação em bases técnico-científicas sólidas, buscando sensibilizar todos os envolvidos nesse processo de cuidado. O objetivo final é contribuir para a redução das taxas de amputação de membros inferiores, que ainda representam um grande problema de saúde pública no país. Este estudo permitiu compreender que, para além do tratamento da patologia, as pessoas com pé diabético buscam um cuidado que contemple sua existência de forma holística. Elas desejam que o cuidado leve em consideração não apenas a dimensão clínica, mas também aspectos subjetivos como medos, ansiedades, religiosidade, sonhos e resiliência. O cuidado, portanto, deve ser inserido em uma relação autêntica de estar-com-o-outro, respeitando a singularidade de cada indivíduo e suas particularidades.

Como limitação desta pesquisa, observou-se que alguns participantes apresentaram dificuldades em se expressar durante as entrevistas, possivelmente devido à timidez. No entanto, essa barreira foi contornada ao se proporcionar um ambiente mais tranquilo e acolhedor, permitindo que os entrevistados se sentissem mais à vontade para compartilhar suas experiências.

A partir deste estudo, acredita-se que novas estratégias possam ser desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas com lesões crônicas relacionadas ao DM. Recomenda-se que os resultados sejam amplamente divulgados em instituições hospitalares, promovendo uma assistência de excelência para essas pessoas. Por fim, novas pesquisas são incentivadas, com o objetivo de aprimorar os cuidados direcionados às particularidades de pacientes com lesões crônicas em pé diabético, respeitando suas individualidades e promovendo uma assistência padrão-ouro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, Robson *et al.* Percepção da qualidade de vida de professores das redes públicas e privadas frente à pandemia do covid-19. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v. 12, n. 3, 2020, p. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v12n3-1>. Acesso em: out. 2022.

BARBOSA, S. A.; CAMBOIM, F. E. F. Diabetes Mellitus: cuidados de enfermagem para controle e prevenção de complicações. *Temas em Saúde*, v. 16, n. 3, 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2016.

BEZERRA, S. M.; ROCHA, D. M.; NOGUEIRA, L. T. Protocolo de prevenção, avaliação e tratamento de lesões de pele do serviço público municipal de Teresina. Teresina (PI), 2016.

BOAS, N. C.; SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Frailty syndrome and functional disability among older adults with and without diabetes and foot ulcers. *J Wound Care*, v. 27, n. 7, p. 409-416, 2018.

BORGES, D. B.; LACERDA, T. J. Ações voltadas ao controle do diabetes mellitus na atenção: proposta de modelo avaliativo. *Saúde Debate*, v. 42, n. 116, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf. Acesso em: 02 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em: 11 jun. 2023.

CUBAS, M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. *Fisioter mov.*, v. 26, n. 3, 2013.

DA SILVA, D. G.; FREITAS, S. M.; BEZERRA, Y. C. P. Cuidados do enfermeiro no tratamento tissular de pacientes acometidos por lesões cutâneas. *Brasilian Journal of Production Engineering*, v. 6, n. 6, p. 116-123, 2020. (Edição Especial “Tecnologia & Inovação na Saúde”.)

DO CARMO CRUZ, R.; DA SILVA LUCAS, M. L. E.; TREVISAN MARTINS, J. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. *Ciencia y Enfermería*, v. 14, n. 1, p. 43-52, 2008. ISSN: 0717-2079. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441796006>. Acesso em: 02 set. 2022.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 8^a ed. International Diabetes Federation, 2017. 145 p.

LENTSCK, M. H. et al. Quality of life related to clinical aspects in people with chronic wound. *Rev Esc Enferm. USP*, v. 52, e03384, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004003384>. Acesso em: 03 out. 2022.

03

MINAYO, M. C. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUZY, J. et al. Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. *Cad. Saúde Pública*, v. 37, n. 5, e00076120, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00076120.

NEUBERN, S. Identifying Pain and Effects on Quality of Life from Chronic Wounds Secondary to Lower-Extremity Vascular Disease: An Integrative Review. *Adv Skin Wound Care*, v. 31, n. 3, p. 102-108, 2018.

OLIVEIRA, A. C. et al. Qualidade de vida de pessoas com feridas crônicas. *Acta Paul Enferm*, v. 32, n. 2, p. 194-201, 2019.

OLIVEIRA, A. C.; et al. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com feridas crônicas. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, v. 16, eXX18, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.30886/estima.v16.612_PT. Acesso em: 04 out. 2022.

RODRIGUES, R. et al. Limitações no cotidiano das pessoas com lesão crônica. *HU rev.*, v. 45, n. 1, p. 7-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.25798>. Acesso em: 05 out. 2022.

SANTOS, K. C. B. et al. Qualidade de vida de pacientes hospitalizados com feridas crônicas. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.54130>. Acesso em: 14 jun. 2023

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE EMOCIONAL EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Alan Roberto de Oliveira Miranda

Enfermeiro Mestre em Enfermagem pela UNA; Docente das Faculdades ISEIB/FISBE.
robertomiranda12@yahoo.com.br

Jorge josaphart Ferreira

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal, Docente das faculdades ISEIB/FISBE

Maria Luiza Peixoto

Enfermeira Mestre em Enfermagem, Docente das faculdades ISEIB/FISBE

peixotomalu@yahoo.com.br

Célia maria de Oliveira

Enfermeira ,Mestre e Doutora em Enfermagem ,Profa do ENB da EEUFMG

cmariol@terra.com

Victor Resende

Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto-Portugal, Docente das faculdades ISEIB/FISBE.

resendevictor1@gmail.com

Andreza Pereira Ladeira

Enfermeira Gerente de Enfermagem doS CTIS do HFR.

Andreza.Freitas@felicio-rocho.org.br

RESUMO

Este estudo investigou o estresse ocupacional entre enfermeiros supervisores de enfermagem em uma UTI adulta de Belo Horizonte. A pesquisa, quantitativa descritiva, utilizou a Escala Bianchi de Stress (EBS) e um questionário próprio para avaliar o nível de estresse emocional de 26 enfermeiros. A análise estatística descritiva foi realizada via SPSS. Os resultados mostraram que a sobrecarga emocional, principalmente no contato com familiares e na gestão de equipe, impacta significativamente o bem-estar dos profissionais. Entre os fatores de maior estresse, destacaram-se a gestão de materiais e a relação com os familiares dos pacientes. As considerações finais sugerem a necessidade de ações voltadas à promoção da saúde ocupacional, bem como intervenções para minimizar o estresse no ambiente hospitalar. Conclui-se que o investimento em programas de capacitação e suporte emocional é fundamental para a qualidade do atendimento e o bem-estar dos enfermeiros.

Palavras-chave: Estresse emocional; estresse ocupacional; enfermagem; terapia intensiva; educação e desenvolvimento local.

ASSESSMENT OF EMOTIONAL STRESS IN INTENSIVE CARE UNIT NURSES

ABSTRACT

This study investigated occupational stress among nursing supervisors in an adult ICU in Belo Horizonte. The descriptive quantitative study used the Bianchi Stress Scale (BSS) and a questionnaire to assess the level of emotional stress of 26 nurses. Descriptive statistical analysis was carried out using SPSS. The results showed that emotional overload, especially in contact with family members and team management, has a significant impact on professionals' well-being. Among the most stressful factors were the management of materials and the relationship with patients' relatives. The final considerations suggest the need for actions aimed at promoting occupational health, as well as interventions to minimize stress in the hospital environment. The conclusion is that investment in training and emotional support programs is essential for the quality of care and the well-being of nurses.

Keywords: Emotional stress; occupational stress; nursing; intensive care; education and local development.

INTRODUÇÃO

Pesquisar e estudar os fatores ocupacionais que afetam os profissionais de saúde, no exercício de sua profissão, tornou-se essencial não apenas para melhorar a qualidade de vida no trabalho como para o incremento da qualidade da prestação dos serviços em saúde. Dentre os profissionais, é relevante apontar a importância do enfermeiro, em seus diversos setores de atuação, incluindo aqueles onde existe maior risco para os pacientes, implicando, muitas vezes, em intensificação do próprio estresse ocupacional. Dependendo do contexto de trabalho, a saúde do trabalhador pode ser afetada, além de propiciar o seu adoecimento, o absenteísmo e até mesmo um déficit na atenção prestada aos pacientes.

A restauração da dignidade da pessoa humana é evidenciada quando o cuidado é executado de maneira científica, servindo à saúde do público atendido e dos próprios trabalhadores. Isso é um pilar que dá força e motivação para o fazer laboral do Enfermeiro. Os Enfermeiros supervisores de enfermagem que trabalham na UTI adulta necessitam de apoio para desenvolverem melhor as suas competências. A construção de um ambiente laboral saudável, que promove habilidades técnicas e científicas, colabora com a qualidade do cuidado e, portanto, com o desenvolvimento social. Este estudo apresenta a pesquisa realizada sobre os fatores ocupacionais que favorecem ou aliviam o estresse emocional destes enfermeiros intensivistas, em uma Unidade de Terapia Intensiva adulta de um hospital, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Isto posto, este estudo justifica-se pelo alto índice de absenteísmo nas instituições hospitalares, em especial da equipe de enfermagem por adoecimento. Neste sentido esta pesquisa teve como objetivo compreender o estresse emocional do Enfermeiro na função de supervisor de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva adulta

REVISÃO DE LITERATURA

O estresse ocupacional e a saúde dos enfermeiros

As mudanças na área da saúde, ao longo do século XX, associadas às novas tecnologias e aos processos de gestão do trabalho, tiveram impactos na saúde do trabalhador da saúde, que precisaram e ainda precisam ser compreendidas (Ribeiro *et al.*, 2012).

A Enfermagem se dedica ética e cientificamente ao cuidado da saúde do ser humano, mas também acarreta desgaste de energia física e emocional, com uma contínua exposição aos elementos estressantes do trabalho: cuidar, tomar decisões, mediar conflitos, gerenciar atividades, trabalhar em equipe e muitos outros aspectos no cotidiano do enfermeiro (Lidar com o sofrimento humano e carregar a responsabilidade profissional pelo seu atendimento pode ser altamente estressante para o trabalhador (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017).

Para Costa (2011), o estresse ocupacional é um fenômeno que decorre da relação do profissional com o ambiente de trabalho. Souza, Milione e Dorneles (2018) entendem que o estresse pode levar à depressão ou até mesmo ao suicídio. Classificam o estresse como agudo ou crônico. O primeiro é forte, mas efêmero. O segundo pode ser forte ou brando, estendendo-se no tempo, com o agravamento de sintomas como lentidão nas atividades laborais, desinteresse no trabalho, redução do nível da energia, sentimento de apatia, dificuldade de concentração, pensamentos negativos, diminuição da capacidade de planejamento, alterações cognitivas e do juízo.

Diversos autores, como Araújo *et al* (2020) e Pimenta e Assunção (2016) alertam que o estresse ocupacional é um importante causa de adoecimento entre enfermeiros, envolvendo pressão para execução de tarefas, resolução de conflitos no trabalho, necessidade de resolutividade e tomada de decisões. Martinez e Fischer (2019) elencam ainda, dentre esses fatores: contato com o sofrimento humano, pressão de tempo e responsabilidade, conflitos laborais, demandas elevadas no trabalho, baixa autonomia, necessidade de adaptação às novas tecnologias.

A esses fatores, Bardaquim *et al.* (2020) acrescentam: a exposição biológica (contato com manipulação de material do paciente contaminado como fluidos, secreções diversas, além dos utensílios utilizados para a realização destes procedimentos), química (manipulação incorreta, de fármacos e substâncias contaminantes), física (radiações,

mudanças de temperatura, umidade), fatores ergonômicos (altura das camas, macas, longas minutos e a imobilidade por longos períodos. Ribeiro *et al.* (2015) enfatizam as longas jornadas de trabalho, insalubridade, turnos alternados de trabalho que afetam os hábitos alimentares e de sono, levando à fadiga crônica e impactos nos relacionamentos profissionais e familiares. Negeliskii e Lautert (2011) apontam os conflitos no ambiente de trabalho, a pressão por metas, competitividade e conflitos com chefia. Inoue *et al.* (2013) discutem que a pressão para uso das novas tecnologias nem sempre é compensada pela oferta de formação para tal. O profissional deve operar a máquina, mas não se torna uma máquina jamais, o que mostra a relevância da humanização dos cuidados em saúde. Para Silva (2017) isso é bastante evidente nos cuidados de terapia intensiva.

Em uma visão crítica, autores como Santos *et al.* (2021), Silva *et al.* (2017), Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015), Felli *et al.* (2015), Araújo *et al.* (2020) e Silva (2015) argumentam que, como resposta ao estresse crônico, o trabalhador pode desenvolver a Síndrome de Burnout (SB) e a depressão, o que acarreta perda do sentido laboral em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização com redução da empatia e diminuição da satisfação com o trabalho. Além disso, conforme apontam Vidotti *et al.* (2020); a SB pode ser agravada pela insuficiência de mão de obra, conflitos no trabalho, falta de descanso e de convívio familiar e social, discriminação perante a equipe multiprofissional, dentre outros fatores. E, conforme discutem Silva e Marcolan (2020) e Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015), muitas vezes os profissionais não percebem as dificuldades no trabalho e o seu próprio adoecimento.

Nas unidades de terapia intensiva (UTI) os riscos e condições desfavoráveis aumentam a exposição do enfermeiro ao adoecimento físico e mental, com altos índices de SB (INOUE *et al.*, 2013; OLIVEIRA; SILVA, 2021; VASCONCELOS *et al.*, 2018). Na UTI, a ansiedade e a tensão pelas responsabilidades diante da vida dos pacientes podem gerar maior sofrimento emocional, medo e sentimentos de desamparo. Simultaneamente, a repetitividade do trabalho pode gerar desmotivação e perda de sentido profissional. As altas expectativas e a necessidade de minimizar os erros diante dos riscos graves à saúde dos pacientes também são fonte de estresse ocupacional (VIDOTTI *et al.*, 2020; CRUZ *et al.*, 2014). Na UTI os imprevistos não são incomuns e exigem um senso de alerta constante, obediência restrita às normas hospitalares e, ao mesmo tempo, capacidade de decisão e ação. A natureza exaustiva do trabalho na UTI proporciona maior risco de SB e depressão. Todavia, o profissional não se pode deixar

vencer pelo estresse, ainda que sinta que sua performance profissional lhe exija sempre mais dedicação (VASCONCELOS; MARTINO; FRANCA, 2018; BASTOS *et al.*, 2018).

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEn, órgão que regula a atuação da Enfermagem no Brasil, apresentou diretrizes para a atuação do Enfermeiro, visando à sua maior segurança. BITENCOURT *et al.* (2020) lembram que a Sistematização da assistência de enfermagem – SAE – pode dar suporte para o trabalho do enfermeiro na UTI e demais áreas de atuação. Finalmente, como alertaram Peres *et al.* (2020) é preciso conciliar os recursos nos diversos setores da saúde, contribuindo para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Nesta discussão teórica, pode-se observar que o trabalho dos enfermeiros na UTI mostra uma dinâmica complexa, abarcando os cuidados com a saúde dos pacientes, as tomadas de decisão em serviço, o trabalho em equipe, a mediação de conflitos, as atividades gerenciais, as atividades de liderança, dentre outros elementos. Ainda que a UTI seja um ambiente de alta complexidade, podem ser pensadas algumas contribuições da visão da gestão social para a redução do estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem.

Maia (2005, p. 15) define a gestão social “como um conjunto de processos sociais com potencial viabilizador do desenvolvimento societário emancipatório e transformador. É fundada nos valores, práticas e formação da democracia e da cidadania”. Para Tenório (2005), é o diálogo que marca o cerne da gestão social. Além disso, a gestão social facilita o desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas, grupos e coletividades, como afirma Ávila (2012), criando novas lógicas de funcionamento e participação. Assim, é interessante refletir sobre a potencialidade do diálogo na gestão das UTIs, no sentido de melhor compreender o trabalho do enfermeiro e seus estressores, desenvolvendo ações que possam minimizá-lo.

O enfermeiro ajuda a restaurar a dignidade da pessoa humana, que é um de seus princípios irrefutáveis, e para isto, a enfermagem vem sustentando seu fazer nas bases da ciência. Assim, quando o enfermeiro pensa no cuidado de forma abrangente (cliente, equipe de enfermagem e ele próprio), este cuidado pode também acarretar grande desgaste de energia física e emocional pela exposição contínua a fatores estressantes intrínsecos ao próprio ambiente laboral. Algumas empresas mostram-se preocupadas com seus profissionais, e assim criam setores responsáveis para amparar, ou ao menos, dar suporte para estes colaboradores (FELIX, 2017).

Com vistas ao planejamento e implementação de estratégias para a melhoria do ambiente, do trabalho e do cuidado em saúde, Inoue *et al.* (2013) identificaram os fatores estressantes no trabalho dos enfermeiros, por meio da ferramenta denominada Escala Bianchi de Stress (EBS).

A Escala Bianchi de Stress é composta por 06 domínios: (A) Relacionamento com outras unidades e supervisores; (B) Funcionamento da unidade; (C) Administração de pessoal; (D) Assistência prestada ao paciente; (E) Coordenação das atividades; e, (F) Condições de trabalho. É importante considerar o conjunto desses domínios para construir uma gestão baseada no diálogo, na participação e na qualidade de vida do profissional de enfermagem.

Na presente pesquisa, a utilização da Escala de Bianchi vem fortalecer a visão da gestão social do trabalho dos profissionais de enfermagem. Um ponto basal é repensar a gestão do trabalho conforme os princípios do Sistema Único de Saúde, com ênfase no processo de humanização. Souza, Milioni e Dornelles (2018) lembram que existe uma preocupação dos gestores dos hospitais para que o paciente tenha uma assistência com alto padrão de excelência e, assim, os profissionais enfermeiros se veem imersos em uma teia de cuidados cada vez mais complexos, devido as novas tecnologias e conhecimentos. Na gestão social, o profissional deve participar da utilização, produção e operacionalização do conhecimento, das técnicas e dos cuidados em saúde.

Em relação ao emprego da tecnologia em saúde, é preciso oferecer treinamento para a equipe de saúde, visando ao uso coerente e ético. Importante é lembrar a importância do profissional na humanização do serviço. Assim, é necessário pensar em estratégias de qualificação e empoderamento desses profissionais, ampliando a sua capacidade profissional e reduzindo os fatores que causam o estresse. Ampliar e fortalecer os recursos, facilitando a autopercepção e autocontrole do profissional pode ajudar a prevenir erros, promover a saúde do trabalhador e a qualidade dos serviços. A maior conscientização e organização dos profissionais faria parte de uma visão de gestão social. Nesta perspectiva, muitas poderiam ser as sugestões: melhoria nas condições de trabalho, redução de conflitos nas relações institucionais, melhor planejamento da jornada de trabalho, ações para conscientização do estresse emocional, dentre outros (VIDOTTI *et al.*, 2020).

MATERIAS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem metodológica quantitativa descritiva. A pesquisa quantitativa busca entender o fenômeno estudado, em seu contexto, por meio da mensuração de variáveis definidas a partir da revisão teórica.

O estudo foi realizado na UTI adulta de um Hospital em Belo Horizonte, com as seguintes características: 340 leitos distribuídos em apartamentos e enfermarias, 60 leitos de CTI adulto, 20 leitos de CTI cardiovascular, 15 leitos de CTI pediátrico, 40 de CTI geral, 20 salas de cirurgia, sala de recuperação pós-anestésica, sala cirúrgica para procedimentos de otorrinolaringologia e três salas de vídeo-endoscopia.

Para a coleta de dados, foram agregados dois instrumentos em um só questionário, visando operacionalizar melhor a sua aplicação. O primeiro instrumento foi a Escala Bianchi de Stress (EBS), conforme apresentada por Inoue *et al.* (2013), desenvolvida e posteriormente validada para poder avaliar o nível de estresse do enfermeiro que atua em hospitais no desempenho de suas atividades básicas de assistência/supervisão. A EBS é uma escala autoaplicável, idealizada com 51 itens, divididos em seis domínios. Estes domínios, com sete variações de respostas. A sua utilização é acessível aos pesquisadores, citando a fonte. Já o segundo instrumento foi criado pelos autores da presente pesquisa, visando aprofundar questões sobre o estresse emocional do enfermeiro.

Buscou-se aplicar o questionário à totalidade dos 38 enfermeiros que atuam como supervisores na UTI mencionada. Entretanto, quatro estavam de férias e oito não quiseram participar. Assim, foi possível trabalhar com 26 profissionais. Assim, chama-se atenção para o fato de que não se trabalhou com um conceito de *amostragem*, mas, sim, com o total de profissionais que concordaram em participar e que constituíram o grupo de pesquisa. Dessa maneira, a pesquisa tem um caráter exploratório, visando contribuir para compreender melhor e levantar novas questões sobre o fenômeno estudado.

Foram observados todos os requisitos dispostos nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do conselho Nacional em Saúde. Ainda levando em consideração os aspectos éticos da pesquisa, em nenhum momento, nenhum dos participantes sofreram prejuízos do ponto de vista moral, físico ou ocupacional e foram preservados os seus nomes e identidades. Foi também respeitada a sua livre e espontânea vontade de participar e responder aos questionários, podendo, em qualquer tempo, interromper e deixar de

responder, em caso de um eventual constrangimento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, estando inscrito na Plataforma Brasil com o número 39772920.3.0000.5125.

Em virtude do contexto de pandemia, relacionado ao COVID19, o pesquisador entregou os questionários junto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido à coordenação de Enfermagem, que os repassou aos profissionais da UTI. Os participantes responderam aos questionários onde e quando quiseram, entregando-os, dentro de um dado prazo, na secretaria da UTI, onde o pesquisador os recolheu, junto com os TCLEs assinados. Assim, foi evitado contatos pessoais entre os enfermeiros e o pesquisador.

A análise dos dados foi realizada por estatística frequencial, com o levantamento da frequência simples e cruzamentos entre variáveis. Foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). A interpretação dos dados se baseou na revisão de literatura já realizada.

RESULTADOS

Para a análise dos dados, inicia-se com o perfil dos participantes da pesquisa. Em seguida, apresenta-se a distribuição dos dados, em números absolutos e em percentuais, a partir do questionário, buscando compará-la com a literatura estudada. Na sequência, busca-se efetuar cruzamentos que possam esclarecer os dados obtidos. Finalmente, reflete-se sobre a presença do estresse ocupacional no grupo de enfermeiros estudado.

Perfil dos participantes da pesquisa

Todos os pesquisados desempenhavam o cargo de supervisão de enfermagem na UTI onde o estudo foi desenvolvido. Vinte e dois 22 profissionais (84,6%) era do sexo feminino, somando 22 pessoas em um total de 26 responderam ao questionário. Esse dado corrobora com Vasconcelos e Martino (2017) quando afirmam que as mulheres são maioria nas profissões relacionadas ao cuidado e acabam sendo mais propensas ao estresse ocupacional.

Em relação à faixa etária, havia nove indivíduos (34,6%) de 20 a 30 anos de idade, 15 (57,7%) de 31 a 40 anos e dois de 41 a 50. Dentre os pesquisados, seis (23%) tinham até 5 anos de formado, dez (38,5%) até 10 anos e dez (38,5%) mais de 10 anos. Um total de 96,2%, ou seja, 25 pessoas, possuíam estudos de pós-graduação, em cursos variados da área da saúde. Em relação ao tempo de trabalho na unidade, sete enfermeiros (26,9%) tinham menos de um ano, sete (26,9%) de 01 a 05 anos, oito (30,7%) de 06 a 09 e quatro (15,2%) dez ou mais anos.

Resultados das respostas à Escala Bianchi de Stress, em percentuais

Para analisar as respostas à escala Bianchi, os resultados foram separados em tabelas que mostram diferentes áreas de atuação do enfermeiro. Assim, os dados são apresentados, inicialmente, no formato original de questões e respostas do questionário.

Entretanto, foi constatado que, como o número de enfermeiros (casos) estudados era pequeno, os dados ficaram distribuídos de maneira fragmentada nas tabelas inicialmente construídas. Para dar maior visibilidade, foi então feita uma recodificação de variáveis em novas variáveis, utilizando-se o SPSS, e condensando-se as respostas.

Para cada uma das variáveis da Escala Bianchi foi feita uma redução das setes possibilidades de resposta para apenas três, conforme abaixo:

- ☐ A resposta 0 ou “não se aplica” foi retirada, trabalhando-se com o percentual válido para o número válido de respondentes;
- ☐ As respostas 1 e 2 foram juntadas na opção 1 (nível de estresse baixo)
- ☐ As respostas 3, 4 e 5 foram reunidas na opção 2 (nível de estresse médio)
- ☐ As respostas 6 e 7 foram condensadas na opção 3 (nível de estresse alto).

Já no instrumento criado por Miranda, as opções foram reunidas da seguinte maneira:

- ☐ As respostas 1, 2 foram juntadas na opção 1 (nível de estresse baixo)
- ☐ As respostas 3 e 4 foram juntadas na opção 2 (nível de estresse médio)
- ☐ As respostas 5 e 6 foram reunidas na opção 3 (nível de estresse alto)

Assim, os dados são apresentados sempre em duas tabelas interligadas: uma (A) que expressa a distribuição original das frequências e percentuais e outra (B) que condensa esses dados possibilitando a sua visualização e melhor interpretação.

4.2.1 Tabelas de frequências e percentuais: uma leitura no contexto estudado

A Tabela 1 expressa itens relacionados à organização dos materiais utilizados na UTI, incluindo previsão de material a ser usado, reposição de material, controle de material usado, controle de equipamento, solicitação de revisão e consertos de equipamentos e levantamento de quantidade de material existente na unidade.

TABELA 1 - Nível de estresse ligado à organização dos materiais utilizados na UTI

Item da Escala Bianchi	Não se aplica	1		2		3		4		5		6		7	
		Nível 1 de desgaste – Pouco desgastante		Nível 2 de Desgaste		Nível 3 de desgaste		Nível 4 de Desgaste – Médio		Nível 5 de desgast e		Nível 6 de desgaste		Nível 7 de desgaste – Muito desgastante	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Previsão de material a ser Usado	2	7,7	7	26,9	7	27	1	3,8	3	12	4	15	1		
Reposição de material	4	15	6	23	4	15	1	3,8	4	15	4	15	1		
Controle de material usado	3	12	5	19	4	15	2	7,7	7	27	3	12	2		
Controle de equipamento	2	7,7	8	31	2	7,7	4	15	4	15	2	7,7	4		
Solicitação de revisão e consertos de equipamentos	3	12	8	31	1	3,8	2	7,7	2	7,7	3	12	2		
Levantamento de quantidade de material existente na unidade	3	12	7	27	1	3,8	3	12	4	15	3	12	2		

Fonte: Elaboração própria.

É interessante notar que os dados se distribuem de maneira bastante fragmentada pelas respostas que indicam diferentes graus de estresse. Assim sendo, contextualizando com Medeiros-Costa, et al (2017), estes relatam que ainda há necessidade de mais estudos que visem analisar a relação entre a ocorrência de estresse profissional e as condições e organização do trabalho, seja aonde for a tarefa do enfermeiro, no caso aqui exemplificado, os itens da tabela 1. O autor ainda afirma ser importante que surjam novos estudos interventivos na Enfermagem, pois estes são escassos. No caso específico de adoecimento profissional por causa de estresse ocupacional, há ainda extrema necessidade de se desenvolver um plano de ação para sua prevenção pois realizar tal tarefa parece ser um desafio a vencer. Assim, para melhor visualização, foi elaborada uma outra tabela, concentrando as mesmas respostas em três categorias: nível de estresse baixo, médio e alto. A TABELA 2 mostra esses resultados:

TABELA 2 – Nível de estresse ligado às atividades de gestão da equipe de enfermagem

Item da Escala Bianchi	Não se aplica	1		2		3		4		5		6		7		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Controlar a distribuição de funcionários supervisionar as atividades da equipe	3	12	2	7,7	4	15,4	4	15,4	5	19,2	8	30,4	0	0	0	0
Realizar a distribuição de funcionários supervisionar as atividades da equipe	0	0	1	3,8	2	7,7	4	15,4	4	15,4	5	26,9	1	38,0	0	0
Controlar a qualidade do cuidado	0	0	1	3,8	2	7,7	9	34,6	5	19,2	2	7,7	7	26,9	0	0
Realizar a avaliação	0	0	2	7,7	4	15,4	1	3,8	6	23,1	4	15,4	4	15,4	5	26,9
Avaliar a qualidade do cuidado	0	0	1	3,8	4	15,4	1	3,8	4	15,4	4	15,4	6	23,1	6	23,1
Elaborar a escala mensal de funcionários	1	3,8	1	3,8	2	7,7	2	7,7	6	23,1	2	7,7	3	11,5	9	34,6
Elaborar o relatório mensal da unidade	4	15	3	11,5	3	11,5	2	7,7	7	26,9	2	7,7	2	7,7	3	11,5

Fonte: Elaboração própria

Algumas tarefas ligadas à gestão foram sentidas como mais estressantes, tais como elaborar a escala mensal de funcionários e realizar treinamento. Assim, dispor de instrumentos que identifiquem quais treinamentos são primordiais para a equipe, ou

instrumentos que facilitem a confecção de escalas de funcionários, torna-se importante. Essa ação tem alta probabilidade de acertos para uma prática profissional segura, humana e menos conflituosa para a Enfermagem. A partir deste diagnóstico, pode-se construir e implementar estratégias para promover sua implantação. Para melhor visualização, foi elaborada a Tabela 3, que concentra essas informações. Avançando nessa percepção, observe-se o conjunto de dados descritos na TABELA 3, que aborda o cuidado com o cliente e a família.

TABELA 3: Nível de estresse ligado às atividades com foco no atendimento do cliente e família

Item	Não se aplica	1		2		3		4		5		6		7		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Admitir paciente na unidade	2	7,7	4	15,4	2	7,7	5	19,2	7	26,9	3	11,5	1	3,8	2	7,7
Fazer exame físico do paciente	0	0	7	26,9	2	7,7	3	11,5	7	26,7	3	11,5	2	3,8	2	7,7
Prescrever cuidados de enfermagem	0	0	6	23,1	2	7,7	7	26,9	7	26,9	6	23,1	2	7,7	0	0
Avaliar as condições do paciente	1	3,8	7	26,9	2	7,7	3	11,5	8	30,8	1	3,8	2	7,7	2	7,7
Atender do paciente	0	0	6	23,1	4	15,4	4	15,4	5	19,2	3	11,5	2	7,7	2	7,7

Atender																
dos	0	0	4	15	2	7,	3	11	5	19	4	15,	3	11,	5	19
familiare				,4		7		,5		,2		4		5		,2
s																
Orientar																
o	1	3,	6	23	3	11	5	19	3	11	4	15,	2	7,7	2	7,
paciente		8		,1		,5		,2		,5		4				7
para o																
auto																
cuidado																

Fonte: Elaboração própria

Os dados mostram que, enquanto o cuidado com o paciente está classificado como de baixo estresse, a relação com os familiares envolve maior tensão, com aumento do percentual de desgaste. Ao observarmos a pesquisa de Morgon e Guirardello (2021), vemos que a autora caracteriza a UTI como um ambiente extremamente invasivo e agressivo, em decorrência das diversas situações inerentes ao setor, sendo o risco de óbito o maior dos agentes estressores. Assim a autora menciona que uma internação em UTI poderá acarretar um rompimento e desequilíbrio na estrutura familiar, sendo que esta família também é parte integrante e participativa na recuperação do paciente e, por diversos momentos, as necessidades dos familiares são desconhecidas pelos enfermeiros. Essa situação é bem explícita na fala da autora quando diz que:

As necessidades de familiares são caracterizadas por situações ou eventos de caráter físico e emocional, que podem ser vivenciadas por familiares de pacientes com uma doença grave e inesperada, internados na UTI. Essas necessidades podem ser exemplificadas por situações ou eventos como: saber quem pode dar informação ao familiar, sentir que há esperança de melhora, saber qual tratamento médico está sendo dado e ter orientações gerais sobre a UTI, na primeira visita (MORGON; GUIARDELLO, 2021, p. 199).

É outro fator estressante então para o enfermeiro, passar informações para os familiares, pois esta situação pode ocorrer diversas variáveis, como: familiares sem nenhuma vivência ou conhecimento da UTI e/ou patologia do paciente ou então familiares com muita experiência na área e que desta forma levam mais demandas para a equipe.

Apesar de longa a citação da pesquisa, mas ao mesmo tempo extremamente

contemporânea aos dias atuais, é a fala de Shimizu; Gutierrez (1997), que vem mostrar que a família nutre diversos e complexos sentimentos em relação ao hospital em que se encontra internado seu familiar, expressando-os aos enfermeiros. Estes também se sentem confusos e angustiados, porque cuidados físicos (assistenciais) nem sempre traduzem o que paciente (quando acordado na UTI) e família esperam de um profissional. Assim o lidar com familiares requer um preparo diferenciado do enfermeiro intensivista.

Visando melhorar a leitura dos resultados, a TABELA 4 mostra esses dados de maneira concentrada.

Tabela4 : Nível de estresse ligado à orientação da equipe, paciente e família e enfrentamento do óbito.

Item	Não	1		2		3		4		5		6		7		
		se	Nível 1	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5	Nível 6	Nível 7	de	de	de	de	de	
Escala	apli	ca	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	de	
			– Pouco	Desgast	Desgast	e	e	–	Médio	e	e	de	de	– Muito	de	
			desgastan	e								e		desgastan	te	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Orientar do paciente	1	3,8	6	23,1	4	15,4	6	23,1	2	7,7	5	19,2	2	7,7	0	0
Supervisionar o cuidado de enfermagem prestado	0	0	4	15,4	2	7,7	8	30,3	4	15,4	6	23,1	2	7,7	0	0
Orientar para a alta do paciente	0	0	4	15,4	3	11,5	5	19,2	8	30,3	3	11,5	2	7,7	1	3,8
Prestar Atender na unidade	0	0	4	15,4	4	15,4	3	11,5	9	34,0	3	11,5	1	3,8	2	7,7
			4		4		5		6		5				7	
	0	0	5	19,2	3	11,5	2	7,7	6	23,1	6	23,1	2	7,7	2	7,7
			2		5				1		1				7	

Atender												
aos	0	0	4	15,	3	11,	1	3,8	1	38,	3	11,
familiares				4		5			0	5		5
de												
pacientes												
críticos												
Enfrentar	1	3,	5	19,	1	3,8	4	15,	9	34,	4	15,
		8		2				4		6		4
Orientar												
familiares	0	0	4	15,	3	11,	4	15,	5	19,	4	15,
de				4		5		4		2		4
paciente												
crítico												3
												11,
												5

Fonte: Elaboração própria

O nível de estresse relacionado às orientações da equipe, paciente e família e ao enfrentamento do óbito. O cuidado, e suas variantes se mostra complexo, por ter característica dinâmica, multifacetado, podendo envolver diferentes atores sociais como: profissionais, pacientes, familiares/comunidade, que estabelecem interrelações. Os cenários são diversos e os contextos distintos, com sujeitos que têm diferentes representações e diferentes formas de adoecimento. A vida humana é complexa e o lidar com a sua terminalidade também se mostra como dificuldades para serem vencidas. No ocidente, às pessoas têm significados diferentes para a morte, e também diversificados mecanismos para seu enfrentamento Prado, *et al*, (2018) coloca em sua obra que há uma necessidade de maior cuidado, estudo e investimento emocional para que os profissionais consigam lidar melhor com esta questão, assim a autora diz:

destaca-se a necessidade de ressignificar o cuidado no contexto hospitalar, diante da morte e do morrer, a partir da reorientação das práticas para as necessidades dos sujeitos envolvidos, por meio de ações gerenciais, assistenciais e educativas que valorizem o pensar e o agir dos profissionais de saúde que atuam nesse processo. Dentre estes, destacam-se os enfermeiros que se ocupam com a gerência dos cuidados de enfermagem nas diferentes unidades de um hospital (PRADO, *et al.*, 2018, p.2123).

A UTI tem características que tornam, por natureza, uma unidade assistencial complexas, permitindo, portanto, buscar compreender os fatores que influenciam o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte. Outro cuidado inerente a esta situação está com o familiar do paciente que evoluiu ao óbito, pois em diversas

situações o enfermeiro está do lado deste familiar, seja para ampará-lo, seja para dizer que a equipe tentou ajudar, mas que foi em vão. Este ato é sim um acometimento no decorrer da profissão que gera enorme estresse para o profissional.

Segue então a observação dos dados evidenciados pela tabela 4 em relação ao óbito no CTI o nível de estresse relacionado às orientações da equipe, paciente e família e ao enfrentamento do óbito. O cuidado, e suas variantes se mostra complexo, por ter característica dinâmica, multifacetado, podendo envolver diferentes atores sociais como: profissionais, pacientes, familiares/comunidade, que estabelecem interrelações. Os cenários são diversos e os contextos distintos, com sujeitos que têm diferentes representações e diferentes formas de adoecimento. A vida humana é complexa e o lidar com a sua terminalidade também se mostra como dificuldades para serem vencidas. No ocidente, às pessoas têm significados diferentes para a morte, e também diversificados mecanismos para seu enfrentamento Prado, *et al*, (2018) coloca em sua obra que há uma necessidade de maior cuidado, estudo e investimento emocional para que os profissionais consigam lidar melhor com esta questão, assim a autora diz:

destaca-se a necessidade de ressignificar o cuidado no contexto hospitalar, diante da morte e do morrer, a partir da reorientação das práticas para as necessidades dos sujeitos envolvidos, por meio de ações gerenciais, assistenciais e educativas que valorizem o pensar e o agir dos profissionais de saúde que atuam nesse processo. Dentre estes, destacam-se os enfermeiros que se ocupam com a gerência dos cuidados de enfermagem nas diferentes unidades de um hospital (PRADO, *et al.*, 2018, p.2123).

A UTI tem características que tornam, por natureza, uma unidade assistencial complexas, permitindo, portanto, buscar compreender os fatores que influenciam o gerenciamento do cuidado de enfermagem diante da morte. Outro cuidado inerente a esta situação está com o familiar do paciente que evoluiu ao óbito, pois em diversas situações o enfermeiro está do lado deste familiar, seja para ampará-lo, seja para dizer que a equipe tentou ajudar, mas que foi em vão. Este ato é sim um acometimento no decorrer da profissão que gera enorme estresse para o profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre trabalho e saúde vem sendo estudada por diversos pesquisadores, e estes buscam então compreender a interferência que o trabalho exerce na vida dos enfermeiros, e no estudo aqui proposto, ao surgimento de doenças ocupacionais causadas pelo estresse emocional. É fato afirmar que que muitos enfermeiros, embora expostos a situações adversas, mostram-se resilientes e tentam desempenhar adequadamente suas funções, prestando serviços de qualidade à sua população assistida.

O presente estudo enfatizou a experiência humana das emoções associada ao cuidado de enfermagem a pacientes críticos internados na UTI adulta, porém não poderia deixar de fazer menção ao cenário da pandemia de COVID-19. Assim o estudo expandiu para uma adaptação da compreensão do enfermeiro em um cenário atípico como o da COVID-19. Foi possível verificar que, mesmo os enfermeiros que nunca trabalharam numa condição de crise pandêmica ou em ambiente de catástrofe, demonstraram ter recursos para lidar com as adversidades, gerindo as emoções de forma eficaz e adaptativa.

Acredita-se que deveriam ser instituídas ações que promovam a saúde do trabalhador, identificando os fatores de adoecimento, a fim de gerar mais satisfação com o serviço e conseqüentemente menos adoecimento para o trabalhador. A necessidade de estudos nesta vertente possibilita importantes reflexões acerca da promoção da saúde do trabalhador e também vai ao encontro da necessidade de elaboração de programas de saúde ocupacional nas instituições com o intuito então de prevenir e detectar doenças que os enfermeiros estão expostos e, assim, conhecer métodos de prevenção.

As limitações neste estudo estão relacionadas, por exemplo, ao fato de que os questionários utilizados não têm poder diagnóstico, ou seja, para a confirmação da presença do estresse emocional, ou síndrome de Burnout é necessário, a avaliação de um psicólogo e um psiquiatra. Outra limitação foi a percepção da relevância de capacitar o enfermeiro, de modo que ele entenda a importância da sua participação na realização de pesquisas, pois os resultados dessas podem ser aplicados no seu cotidiano laboral.

O autor deste estudo utilizou a pesquisa como base para a elaboração de um produto técnico (cartilha educativa), pois com os dados obtidos foi possível

compreender melhor os perfis de risco que levam ao estresse ocupacional. Todavia, as estratégias de treinamentos e capacitações que serão sugeridas na cartilha, devem ser pensadas e adaptadas de forma a atender à equipe de enfermagem em cada UTI.

Os resultados aqui encontrados contribuirão para discussão sobre a temática das condições de trabalho na UTI, pois este expõe seus trabalhadores a fatores estressantes, como o cuidado de pacientes em situações críticas e com risco de morte. O conhecimento mostra-se como condição favorável para desenvolver a autonomia do enfermeiro na UTI e da visibilidade em conseguir exercer o poder sobre a prática autônoma do enfermeiro. O investimento emocional e/ou financeiro voltado para o debate das diversas faces da autonomia do enfermeiro, nas instituições de saúde, poderá suscitar novas posturas que favoreceram transformações na prática de enfermagem, empoderando o profissional enfermeiro no cenário profissional, cultural e social.

A pesquisa permitiu que o pesquisador conseguisse identificar fatores de proteção e de risco presentes na atuação do enfermeiro, além de apontar aspectos que devem ser fortalecidos por meio de ações que visam o bem-estar desses trabalhadores. Isto possibilita refletir sobre o processo de saúde-doença desse profissional. Diante do exposto, recomenda-se a realização de mais estudos nesta vertente aprimorando assim o conhecimento nas instituições visando minimizar o adoecimento do profissional. A abordagem metodológica empregada mostrou-se pertinente e os instrumentos podem ser incluídos em estudos futuros. Reitera-se novos esforços projetos de pesquisa visando avaliar programas destinados ao aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Alessandra Ferreira et al. Estresse ocupacional de enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, supl. 1, e20180898, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300155&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020. Epub 01 jun. 2020.

AZEVEDO, Bruno Del Sarto; NERY, Adriana Alves; CARDOSO, Jefferson Paixão. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 1, e3940015, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100309&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 jul. 2020. Epub 27 mar. 2017.

BARDAQUIM, Vanessa Augusto et al. Estresse e níveis de cortisol capilar entre a equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, supl. 1, e20180953, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001300157&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2020. Epub 01 jun. 2020.

BRASIL.Ministério da Saúde. Resolução n. 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancad>

COSTA, Daniele Tizo; MARTINS, Maria do Carmo Fernandes. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, out. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500023&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2019.

FELIX, D. B.; MACHADO, D. Q.; SOUSA, E. F. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: um estudo com profissionais da área de enfermagem. *Revista de Carreiras e Pessoas*, v. 7, n. 2, p. 530-543, 2017.

MARTINEZ, Maria Carmen; FISCHER, Frida Marina. Fatores psicossociais no trabalho hospitalar: situações vivenciadas para desgaste no trabalho e desequilíbrio entre esforço e recompensa. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 44, e12, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000101309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2020.

MEDEIROS-COSTA, Mateus Estevam et al. A síndrome do esgotamento profissional no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 51, e03235, 2017.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100801&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 maio 2021.

MORGON, Fernanda Helena; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 198-203, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200008>. Acesso em: 12 jul. 2021. Epub 19 maio 2004.

NEGELISKII, Christian; LAUTERT, Liana. Occupational stress and work capacity of nurses of a hospital group. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 606-613, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2019.

OLIVEIRA, Felipe Perucci de; MAZZAIA, Maria Cristina; MARCOLAN, João Fernando. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 209-215, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jan. 2021.

OLIVEIRA, Joana D'Arc de Souza et al. Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em um serviço de urgência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 984-989, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400984&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 out. 2019.

PAFARO, Roberta Cova; DE MARTINO, Milva Maria Figueiredo. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, jun. 2004.

PERES, Maria Angélica de Almeida; ALMEIDA FILHO, Antonio José de; PAIM, Lygia. Historicidade da enfermagem nos espaços de poder. História da Enfermagem - Revista Eletrônica, v. 5, n. 1, p. 83-94, jan.-jul. 2014.

PIMENTA, Adriano Marçal; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em profissionais de enfermagem da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 41, e6, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 nov. 2020. Epub 05 set. 2016.

PRADO, Roberta Teixeira et al. The process of dying/death: intervening conditions to the nursing care management. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, n. 4, p. 2005-2013, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0173>. Acesso em: 13 jul. 2021.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 46, n. 2, p. 495-504, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2019.

SANTOS, Lauriana Medeiros Costa; RIBEIRO, Kátia Regina Barros; OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. A licenciatura em enfermagem no Brasil (1968-2001): uma revisão de literatura. *História da Enfermagem - Revista Eletrônica*, v. 5, n. 2, p. 224-238, ago.-dez. 2014.

SANTOS, Érick Igor dos et al. Autonomia profissional e enfermagem: representações de profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v. 38, n. 1, e59033, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100414&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021. Epub 18 maio 2017.

SHIMIZU, Helena Eri; GUITIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Participação de enfermeiros na implantação e desenvolvimento de um grupo multidisciplinar de assistência a pacientes crônicos e terminais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 31, n. 2, p. 251-258, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200007>. Acesso em: 13 jul. 2021.

SILVA, Cleyton César Souto et al. Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery, Rio de Janeiro*, v. 21, n. 2, e20170031, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200203&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2019. Epub 27 abr. 2017.

SILVA, Darlan dos Santos Damásio et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 49, n. 6, p. 1023-1031, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000601023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2019.

O LAZER NA COMPOSIÇÃO DO SABER DOCENTE

Márcio Aparecido de Freitas Silva

Mestre em Educação/UNINCOR Betim
MG; Especialista em Psicopedagogia, em
Lazer e em Administração. Professor e
Coordenador do curso de Pedagogia das
Faculdades ISEIB. Professor e
Coordenador do programa NBEV: lazer e
educação – E-mail:
márcio.silva@iseib.edu.br

Pedro Carlos F. Santos

Mestre em Educação; Graduação em
Filosofia, História e Pedagogia. Professor
das Faculdades Iseib.
professormarciodef Freitas@gmail.com

RESUMO

Este artigo explora a importância do lazer na formação e na prática docente, investigando como atividades de lazer contribuem para a composição do saber do professor. O lazer, entendido como um espaço de descanso, criatividade e desenvolvimento pessoal, influencia diretamente a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida do docente, refletindo-se na sua prática pedagógica. O estudo discute como o lazer possibilita momentos de reflexão crítica, renovação de energias e ampliação de repertórios culturais, tornando-se um componente fundamental para a formação integral do professor. Conclui-se que o lazer é essencial na construção de uma prática docente mais equilibrada, inovadora e sensível às necessidades dos alunos e da comunidade escolar.

Palavras-chave: Lazer, saber docente; aprendizagem.

LEISURE IN THE COMPOSITION OF TEACHING KNOWLEDGE

ABSTRACT

This article explores the importance of leisure in teacher education and practice, investigating how leisure activities contribute to the development of teachers' knowledge. Leisure, understood as a space for rest, creativity, and personal growth, directly influences teachers' mental health, well-being, and quality of life, which is reflected in their pedagogical practice. The study discusses how leisure enables moments of critical reflection, energy renewal, and cultural repertoire expansion, becoming a fundamental component for the integral formation of teachers. It concludes that leisure is essential in building a more balanced, innovative teaching practice that is sensitive to the needs of students and the school community.

Keywords: Leisure, teaching knowledge, learning.

INTRODUÇÃO

A FORMAÇÃO DE PROFESSORES

O termo formação é abrangente e polissêmico. Conforme Garcia (1995), a formação inclui uma dimensão pessoal de desenvolvimento humano global e tem a ver com a capacidade, com a vontade de formação, não se apresentando, necessariamente, de forma autônoma. Conclui afirmando que é na informação que os sujeitos podem encontrar contextos de aprendizagem que favoreçam a procura de metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional.

Desse modo, o formando vai construindo e reconstruindo valores, concepções, percepções e, conseqüentemente, alterações, mudanças no seu comportamento e no seu próprio ser, à medida que tem contato com o outro, consigo mesmo, com o meio que o cerca, ou, nas palavras de Tardif (2002, p. 15), “relação entre mim e os outros repercutindo em mim, relação com os outros em relação a mim, e relação de mim para comigo mesmo quando essa relação é presença do outro em mim mesmo”. No processo de formação pode-se, assim, considerar a dinâmica em que se vai construindo a identidade de uma pessoa. Para Moita (1992), processo em que cada pessoa, permanecendo ela própria e reconhecendo-se a mesma ao longo da sua história, se forma, se transforma, em interação. Assim, o humano se torna humano quando vai se apropriando do *ser* humano, daquilo que a humanidade produziu ao longo de sua história.

No contexto histórico em que vivemos tem ocorrido grandes, profundas e rápidas transformações. O mercado passou a exigir um profissional com novos conhecimentos,

habilidades, saberes, valores, enfim, com um novo perfil, com atitudes renovadas, com mais dinamismo. Um profissional que valoriza a criatividade, que dê respostas rápidas para a resolução de problemas, pois, além das mudanças em seu campo de especialidade, houve também mudanças nas formas de organização, gestão e contratação para o trabalho.

Com a expansão do capitalismo industrial, nos últimos séculos, tem-se tornado evidente a necessidade da universalização da escola como lugar social de preparação para a inserção no mundo do trabalho. Se a escola tem se prestado a este serviço, então reproduz princípios, valores, no processo de formação dos profissionais.

Pensamos que a formação de professores é especialmente complexa e cheia de ramificações, perplexidades, incompletudes, inter-relações com diversas instituições sociais, requerendo, portanto, um olhar diferenciado em relação ao estudo da formação de outras profissões.

Sobre a concepção de formação de professores, Garcia (1999, p. 26) assinala que

... é a área de conhecimento, investigação e de propostas teóricas e práticas que, no âmbito da didática e da organização escolar, estuda os processos através dos quais os professores – em formação ou em exercício – se implicam individualmente ou em equipe, em experiências de aprendizagem através das quais adquirem ou melhoram os seus conhecimentos, competências e disposições, e que lhes permite intervir profissionalmente no desenvolvimento do seu ensino, do currículo e da escola.

Nesta linha de pensamento, a formação contínua, centrada no complemento de saberes proporcionados pela formação inicial, articula, harmoniosamente, segundo Cachapuz (2003, p. 453), os

... saberes acadêmicos e epistemologias das práticas dos professores, lógica essa implicando necessariamente uma visão sistêmica da formação. Tal visão sistêmica deve envolver harmoniosamente quer o macrossistema propriamente dito de formação, em particular as políticas educativas, as políticas de gestão e organização da formação (inicial/contínua; formal/não formal), quer os profissionais (sujeitos da formação), no que respeita à diversidade dos seus saberes de partida, motivações, aptidões e condições de trabalho.

Percebe-se que a formação inicial de professores não tem, historicamente, se preocupado com a inter-relação entre as disciplinas, ficando a cargo do formando costurar os retalhos que vão lhe sendo dados ao longo de sua trajetória universitária.

Tardif (2002, p. 241) diz que a formação acadêmica do professor ainda é enormemente organizada em torno das lógicas disciplinares. Essas disciplinas não têm relação entre elas; constituem unidades autônomas, fechadas sobre si mesmas e de curta duração, e, portanto, de pouco impacto sobre os alunos.

Nesse sentido, Garcia (1999, p.21), afirma que “a ação de formação corresponde a um conjunto de condutas, de interações entre formadores e formandos, que pode ter múltiplas finalidades explícitas ou não, e em relação às quais existe uma intencionalidade de mudança”.

Uma semente, depois de plantada, germina e brota do solo algo que servirá de base para o florescer. Mas serão vários floresceres e, conseqüentemente, vários nascimentos de novas bases até que a base surgida daquela primeira semente morra, num processo constante e ininterrupto. Na frase de Tardif (2000, p. 160), “o objetivo do jardineiro não é plantar uma semente, mas fazer desabrochar uma rosa: é a rosa completa e acabada que constitui a verdade da semente e, portanto, o sentido final da arte do jardineiro”, percebemos a intenção de demonstrar a importância de se vislumbrar objetivos mais amplos do que tão somente o de ensinar conteúdos, o que a seleção desses conteúdos pode fazer florescer nos futuros profissionais. Então quando será que podemos considerar que uma rosa está completa e acabada?

Em se tratando da formação inicial, os cursos de graduação para docência falam pouco do ser professor, oferecem pouca vivência sobre a dinâmica do processo ensino-aprendizagem, das habilidades, dos conhecimentos, enfim, dos saberes que o professor em formação precisa desenvolver para o enfrentamento da realidade da sala, ou da quadra, ou de qualquer que seja o espaço de aula.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para este estudo, foi adotada uma abordagem qualitativa, com o intuito de investigar como o lazer contribui para a formação e a prática docente. A pesquisa foi realizada em duas etapas principais: 1. Coleta de Dados: Entrevistas semi-estruturadas: Foram realizadas entrevistas com 20 professores atuantes em diferentes níveis de ensino (educação infantil, fundamental e médio), pertencentes a escolas públicas e privadas.

As entrevistas tiveram como objetivo explorar as percepções dos docentes sobre a importância do lazer em suas vidas pessoais e profissionais, bem como identificar

quais atividades de lazer eles praticam e como essas atividades impactam sua prática pedagógica. Questionários: Um questionário foi aplicado a um grupo mais amplo de 50 professores para identificar padrões de comportamento relacionados ao lazer, incluindo a frequência de atividades de lazer, os tipos de atividades praticadas e o tempo dedicado a elas.

2. Análise de Dados:

Análise de conteúdo: As entrevistas foram transcritas e analisadas com base na técnica de análise de conteúdo. Categorizou-se as respostas em temas como "lazer e saúde mental", "lazer e renovação pedagógica", e "desafios para o equilíbrio entre trabalho e lazer". **Estatística descritiva:** Os dados quantitativos obtidos através dos questionários foram analisados utilizando técnicas de estatística descritiva para identificar padrões sobre a relação entre o lazer e o bem-estar dos professores, assim como o impacto percebido na prática educativa.

A triangulação de dados foi realizada para cruzar as informações obtidas nas entrevistas e nos questionários, buscando garantir a validade dos resultados. O estudo foi conduzido de acordo com as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos participantes.

DAS COMPETÊNCIAS E SABERES DOCENTES

Na amplitude do processo laboral, temos a consciência de que o indivíduo modifica a matéria ou uma situação, transformando-a em algo diferente de seu estado original. Contudo, não é só isso. O indivíduo vai aos poucos sendo modificado, interferindo e sofrendo interferências da atividade que promove. Ora, se o trabalho modifica o trabalhador e sua identidade, modifica também, para Tardif (2005, p. 57) “sempre com o passar do tempo, o seu saber trabalhar”.

Em se tratando de determinados ofícios, o referido autor afirma que o tempo de aprendizagem do trabalho confunde-se muitas vezes com o tempo da vida: o trabalho é aprendido por meio da imersão no ambiente familiar e social, no contato direto e cotidiano com as tarefas dos adultos para cuja realização as crianças e os jovens são formados pouco a pouco, muitas vezes por imitação, repetição e experiência direta do labor. Essa aprendizagem refere-se, sobretudo, às atividades e

ofícios mais tradicionais que, via de regra, não recorrem a uma formação intelectual mais complexa, como é o caso das profissões mais tradicionais, algumas delas em fase de extinção. O processo de construção e composição do saber é temporal, ou seja, é adquirido ao longo da história de vida, elaborada com base em todo tipo de relação estabelecida com o meio em que se pretende atuar profissionalmente. A idéia de temporalidade, porém, conforme Tardif (2005), não se limita à história escolar ou familiar do profissional. Ela se aplica também, de forma direta, à sua carreira; é apropriar progressivamente os saberes necessários à realização do trabalho.

Assim, pensar sobre as competências necessárias ao trabalho docente requer pensar na historicidade do fazer docente e na complexidade teórica, filosófica e ideológica deste conceito.

Não é nosso objetivo abordar a complexidade do termo, uma vez que isso deslocaria o foco do texto, contudo destacamos que assumimos aqui, de acordo com Braga (2002, p. 35), competência em sentido genérico, como

a capacidade para mobilizar conhecimentos e habilidades (saber fazer) para equacionar uma situação concreta, uma situação problema ou desafio colocado por necessidades reais. Significa saber fazer e saber o porquê do fazer; conhecer os fundamentos do fazer. Significa, portanto, construir uma potencialidade para mobilizar operações mentais organizadas para resolver uma determinada situação-problema.

Esta autora completa afirmando que adquirir uma competência é muito mais que saber repetir um conhecimento elaborado pela ciência, é necessário aplicar os conhecimentos para equacionar uma situação nova, respondendo a dificuldades e impasses colocados pela experiência.

Segundo Facci (2004, p. 40), a concepção de competência é fundamental na orientação do curso de formação inicial de professores. Sobre as competências defendidas para os cursos de formação, ele refere-se

ao comprometimento com os valores estéticos, políticos e éticos inspiradores da sociedade democrática; à compreensão da finalidade social da escola; ao domínio dos conteúdos a serem socializados, de seus significados em diferentes contextos e de sua articulação interdisciplinar; ao domínio do conhecimento pedagógico; ao conhecimento de processos de investigação que possibilitem o aperfeiçoamento da prática pedagógica e o gerenciamento do próprio desenvolvimento profissional.

Considerando que o meio em que vivemos é dinâmico e a cultura na qual a nossa ação está inserida também, percebemos a necessidade de os saberes serem entendidos como um processo inacabado, sempre comprometidos com a renovação.

Para entender os saberes docentes, “os saberes que ensinam”, muitas são as classificações utilizadas atualmente. Para Altet (2001), esses saberes variam de acordo com os paradigmas de pesquisa e com as disciplinas que as construíram. Destaca que todas as divisões em categorias propostas, baseadas na natureza do conhecimento dos professores, comprovam a existência de uma pluralidade de *saberes que ensinam*: teóricos e práticos, conscientes e capazes de preparar e guiar uma ação, ou ainda implícitos, empíricos, na forma de rotinas automatizadas e interiorizadas que intervêm nas improvisações ou nas tomadas de decisão interativas na ação.

Tardif (2005, p. 36) elaborou uma classificação dos saberes docentes, apresentada, a seguir, de forma sucinta.

Saberes Profissionais: conjunto de saberes transmitidos pelas instituições de formação de professores (escolas normais, ou faculdades de ciências da educação). O professor e o ensino se constituem objetos de saber para as ciências humanas e para as ciências da educação.

Saberes Pedagógicos: doutrinas ou concepções provenientes de reflexões sobre a prática educativa no sentido amplo do termo, reflexões racionais e normativas que conduzem a sistemas mais ou menos coerentes de representação e de orientação da atividade educativa.

Saberes Disciplinares: integram-se igualmente à prática docente através da formação dos professores nas diversas disciplinas oferecidas pela universidade. Correspondem aos diversos campos do conhecimento e emergem da tradição cultural e dos grupos sociais produtores de saberes.

Saberes Curriculares: correspondem aos discursos, objetivos, conteúdos e métodos a partir dos quais a instituição escolar categoriza e apresenta os saberes sociais por ela definidos e selecionados como modelos da cultura erudita e de formação para a cultura erudita.

Saberes Experienciais: são específicos, baseados no trabalho cotidiano e no conhecimento de seu meio. Esses saberes brotam da experiência e são por ela validados. Incorporam-se à experiência individual e coletiva sob a forma de *habitus* e de habilidades, de saber-fazer e de saber-ser.

Tardif completa dizendo que o professor ideal é alguém que deve conhecer sua matéria, sua disciplina e seu programa, além de possuir certos conhecimentos relativos às ciências da educação e à pedagogia e desenvolver um saber prático baseado em sua experiência cotidiana com os alunos.

Inclui-se nesta listagem, segundo Caldeira (2001), referindo-se aos estudos de Gauthier e outros teóricos, o que chamam de saber da “ação pedagógica”, que é o saber

da experiência dos professores a partir do momento em que se torna público e que é testado por meio das pesquisas realizadas em sala de aula.

Concordamos com Caldeira (2001) quando considera que o trabalho docente – e no nosso entendimento os saberes provenientes desse trabalho – não se desenvolve de forma isolada no interior das escolas, mas resultam da interação com outros docentes, especialistas, estudantes e suas famílias. É por meio desse processo de reflexão coletiva que os docentes desenvolvem a consciência crítica de sua prática cotidiana e atenta para ações que promovam a autonomia, a criticidade e a criatividade do educando, para que possa intervir em seu meio, como um agente mobilizador de mudança da realidade que o cerca.

A FORMAÇÃO DOCENTE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A Educação Física, de acordo com Bracht (2000), vem, ao longo de sua história, recebendo influências diversas na sua constituição e instalação como prática pedagógica na instituição escolar, sobretudo nos séculos XVIII e XIX, quando teve como influência a instituição militar e a medicina.

Vago (1999, p. 32), em seus estudos sobre os objetivos da educação escolar do início do século XX, diz que esta tinha em vista responder à expectativa de formar aqueles que seriam os cidadãos republicanos – civilizados, de maneiras amaciadas, disciplinados, sadios e trabalhadores ordeiros –, que assim poderiam contribuir para o desejado progresso social. E, ainda, referindo-se à Educação Física escolar, o corpo das crianças estaria no cerne dessa cultura: deveria cultivar um corpo belo, forte, saudável, higiênico, ativo, ordeiro, racional, em contraposição àquele considerado feio, fraco, doente, sujo e preguiçoso.

No período da ditadura militar em nosso país, segundo Bracht (2000, p. 76), os princípios que orientaram a Educação Física tinham como núcleo central a intervenção no corpo (máquina) com vistas ao seu melhor funcionamento orgânico (para o desempenho atlético-esportivo ou desempenho produtivo). Assim, o conhecimento básico/privilegiado que é incorporado pela Educação Física para a realização de sua tarefa, provém das ciências naturais, prioritariamente da biologia e suas diversas especialidades, auxiliadas pela medicina.

Registra-se, a partir dos anos 80, a entrada das ciências sociais e humanas na área da Educação Física, quando permitiu ou fez surgir, segundo Bracht

(2000), uma análise crítica do paradigma da aptidão física, emergindo o chamado movimento renovador da Educação Física.

De acordo com o autor, a discussão realizada no campo da Educação sobre o caráter reprodutor da escola e sobre as possibilidades de sua contribuição para uma transformação radical da sociedade capitalista, foi absorvida pela Educação Física. Se, no início, o movimento progressista apresentava hegemonia, hoje é possível apresentar um conjunto de propostas com diferenças significativas, sendo algumas delas a abordagem desenvolvimentista, a psicomotricidade, a atualização ou renovação do paradigma da aptidão física como forma de promoção à saúde, crítico-superadora, crítico-emancipatória, dentre outras.

Ressalta ainda que as propostas buscam ser um “antídoto” para um conjunto de características da cultura corporal ou de movimento atuais que, segundo a interpretação dessas abordagens, por um lado, são produtoras de falsa consciência, e por outro, transformam os sujeitos em objetos ou consumidores acríticos da indústria cultural. (BRACHT, 2000, p. 79).

Sobre a diversidade que a educação pretende atender, Cauduro (2003, p. 40) afirma que “não se pode estabelecer em termos abstratos, mas, pelo contrário, há de estar vinculada a uma análise da realidade social contemporânea. É preciso considerá-la como um projeto socioeducativo e cultural, tendo, necessariamente, como características a participação e a autonomia”.

Percebe-se que este movimento consubstancia na elaboração de representações sobre o papel da Educação Física no contexto escolar e do sentido da prática de seus professores, que vai desde o entendimento dessa prática como uma “atividade” até a tentativa de consolidá-la como uma área de conhecimento.

A CONQUISTA DE UM TEMPO PARA O LAZER A PARTIR DO TEMPO DO TRABALHO

A história traz dolorosos, sofridos e violentos confrontos entre trabalhadores e empregadores, na tentativa de conquistar as melhores condições de trabalho e de salário¹. A exploração do ser humano é uma característica marcante na história das relações do trabalho. A partir da Revolução Industrial, aqueles que conseguiam emprego enfrentavam jornadas extensas que chegavam a 16 horas diárias para o trabalho adulto (homem e mulher), e a 12 horas para o trabalho infantil², ficando segundo Werneck (2000), impossibilitado o acesso dos segmentos populares não apenas ao trabalho e à educação, mas também ao lazer, pois quase não “sobrava” tempo para isso. Em uma sociedade que já não precisa da exploração mortal da força de trabalho, para Chauí, na introdução da obra de Lafargue *O direito à preguiça* (1999, p. 56), os trabalhadores poderão resgatar a dignidade e o auto-respeito quando,

[...] em lugar de se sentirem humilhados, ofendidos e culpados pelo desemprego, se erguerão contra os privilégios da apropriação privada da riqueza social e contra a barbárie contemporânea [...]. Lutarão, não mais pelo direito ao trabalho, e sim pela distribuição social da riqueza e pelo direito de fruir de todos os seus bens e prazeres.

Deste modo, Chauí, quando se refere ao direito de fruir de todos os bens e prazeres que a riqueza possa trazer, está atenta para a presença do lazer no cotidiano do indivíduo. A organização dos trabalhadores em sindicatos teve um papel importante nas negociações entre patrões e empregados, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980 do século XX. As negociações para Pinto (1998) eram pautadas pela melhoria das condições de trabalho, pela melhoria dos salários, pela redução da jornada de trabalho,

¹ O dia 1º de maio, por exemplo, considerado por muitos anos como o dia de luta e manifestações, em
² Sobre esse tema ler *A exploração do trabalho infantil e suas relações com o tempo de lazer/lúdico: quando se descansa se carrega pedra!* de Silva, M. R. In: *Licere*, Belo Horizonte, v 4, n. 1, p. 9-20, 2001.

pela folga remunerada no fim de semana, pelas férias remuneradas, feriados, dentre tantas outras reivindicações.³

Com o progressivo aumento do tempo liberado do trabalho, o aumento da possibilidade de Lazer tornou-se evidente. Sobre esse assunto, Camargo (1998, p. 32) faz a seguinte observação:

Esse tempo livre, pago pelo trabalho (repouso semanal remunerado, férias remuneradas, aposentadoria remunerada), que os movimentos sociais do século passado desejavam, pensando em mais tempo para o estudo, para a família, para a religião ou para a militância política, foi basicamente ocupado com atividades de lazer, de forma que hoje não raro tempo livre e lazer são tomados como sinônimos. Ou seja, pela primeira vez na história, a diversão está incluída no custo do trabalho.

Emerge, assim, o significado de lazer não como um privilégio de classe, mas como um direito de cidadania a ser usufruído igualmente por todos, concretizado, sobretudo na categoria tempo.⁴ Porém, contraditoriamente, de acordo com Werneck (1998), o que se verifica nos dias de hoje é uma busca constante de novas oportunidades que possibilitem a ampliação do orçamento familiar, objetivando o atendimento das necessidades básicas de sobrevivência da maioria das pessoas.

Assim, conforme Werneck (2000), enquanto para alguns esses novos estilos de vida significa mais chances para a ocorrência do lazer, para outros ele é, de certa forma, limitado por um desejo interminável por trabalho, devido, principalmente, à sua condição social na atualidade, onde não há oportunidades dignas nem emprego para todos.

RESULTADOS, DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa revelaram uma relação direta entre o lazer e o bem-estar dos professores, destacando o papel fundamental das atividades de lazer na saúde

³ Com a onda de desemprego, cada vez mais crescente em todo o mundo, temos hoje como ponto principal de pauta nas negociações dos sindicatos, as possibilidades de permanência no emprego. Fala-se até em redução de salário como uma das estratégias.

⁴ Marcellino (1996, p. 8) põe em questão o termo “livre” adicionado ao tempo. Diz que considerado sob o ponto de vista histórico, tempo algum pode ser entendido como livre de coações ou normas de conduta social.

mental e na prática pedagógica. A maioria dos docentes entrevistados relatou que o lazer é um componente essencial para a renovação de suas energias, possibilitando o enfrentamento dos desafios diários da profissão. Além disso, o lazer foi associado ao desenvolvimento de habilidades como criatividade, capacidade de reflexão crítica e resiliência, aspectos que são fundamentais para a prática educativa.

Os professores destacaram o impacto positivo do lazer em sua saúde mental. As atividades de lazer, especialmente aquelas voltadas ao descanso e ao autocuidado, foram mencionadas como formas de aliviar o estresse, reduzir a ansiedade e promover o equilíbrio emocional. Docentes que realizam atividades de lazer com regularidade relataram maior sensação de bem-estar e satisfação profissional, o que sugere que o lazer pode funcionar como uma estratégia de prevenção ao burnout, uma condição que afeta significativamente a categoria.

Os dados apontam que o lazer contribui para uma prática pedagógica mais inovadora e criativa. Professores que praticam hobbies como leitura, esportes, atividades artísticas e viagens afirmaram que essas experiências ampliam seu repertório cultural e oferecem novas perspectivas que podem ser aplicadas em sala de aula. Além disso, atividades de lazer que envolvem interação social também foram identificadas como facilitadoras da construção de relações interpessoais mais saudáveis com os alunos e colegas de trabalho.

Um aspecto recorrente nas entrevistas foi a dificuldade de conciliar a prática do lazer com as exigências da carreira docente, especialmente em virtude da sobrecarga de trabalho e das condições de trabalho precárias. Muitos professores relataram que, devido à carga horária extensa e ao acúmulo de atividades extraclasse, como correção de provas e planejamento de aulas, têm pouco tempo disponível para dedicar ao lazer. Esse desafio afeta diretamente a qualidade de vida e, por consequência, a qualidade da prática pedagógica.

O lazer também foi apontado como um momento importante para a reflexão crítica. Muitos docentes destacaram que, ao se afastarem temporariamente de suas rotinas profissionais, conseguem pensar de maneira mais clara sobre os desafios educacionais que enfrentam, buscando soluções criativas e inovadoras. O distanciamento proporcionado pelo lazer, portanto, facilita a renovação pessoal e o planejamento de novas abordagens pedagógicas.

CONCEPÇÕES E SIGNIFICADOS DE LAZER

A palavra lazer advém do termo latino *licere*, criado nos tempos da civilização romana, segundo Werneck (2000), para designar as práticas culturais alegres e festivas consideradas lícitas, permitidas. Quando se fala permitidas, uma indagação torna-se relevante: permitidas por quem? a quem?

Conceituar lazer tem sido um desafio de muitos autores do meio acadêmico brasileiro, sobretudo a partir da década de 1970. O caráter interdisciplinar que cerca o tema tem trazido expressivas contribuições para ao seu debate. A sociologia, a pedagogia, a filosofia, a antropologia, a psicologia, o turismo, segundo Werneck e Isayama (2003), são algumas das áreas de conhecimento que têm se dedicado a estudos e pesquisas sobre o lazer, provocando um crescente aquecimento sobre as reflexões construídas ao longo do tempo. A Educação Física também tem prestado expressivas contribuições ao incremento da produção científica, pedagógica, cultural e social específica sobre o Lazer no Brasil, especialmente no ensino superior.

Respectivamente Joffre Dumazedier, sociólogo francês, que nos anos 80 foi consultor do SESC São Paulo, trouxe expressivas contribuições para as discussões sobre o lazer. Suas reflexões têm servido de referência para os estudos sobre esse campo em nosso país. Para ele, o lazer representa um

conjunto de ocupações as quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou ainda para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária, ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais.

De fato, Dumazedier elaborou uma classificação das atividades de lazer com base em interesses que motivariam as pessoas a buscarem-nas, denominando-a *conteúdos culturais do lazer*. Em análise desta classificação, Melo (2004) afirma que a ação humana é muito complexa para ser enquadrada em limites rígidos de categorias, o que não significa ineficácia da classificação.

Além disso, como veremos, os limites são somente sombras para ajudar na classificação, pois existem atividades que se enquadram em mais de um grupo de

interesses. Dumazedier (1999, p. 101) apresenta então cinco áreas de interesses assim distribuídas:

- 1) os “*interesses físicos*” que, nos quais, se enquadram, dentre outros, os esportes em geral, a ginástica, a dança, a caminhada. É importante ressaltar que neste campo o elemento motivador é o prazer de movimentar ou assistir a movimentação corporal compreendida nas mais diversas expressões lúdicas;
- 2) os “*interesses artísticos*” em que se enquadra a arte em suas diferentes manifestações: música, dança, teatro, artes plásticas, literatura, cinema...
- 3) os “*interesses manuais*” que têm como motivação a manipulação de objetos e produtos: jardinagem, bricolagem, marcenaria, costura, culinária... Estas atividades acabam se confundindo com a arte por ter em sua essência a natureza estética;
- 4) os “*interesses intelectuais*” cujo elemento motivador é o raciocínio. Cursos, palestras, leitura, jogos de xadrez, quebra-cabeça fazem parte deste grupo; e, por fim,
- 5) os “*interesses sociais*” que dizem respeito, essencialmente, aos encontros entre as pessoas (festas, espetáculos, shows) ...

O “*interesse turístico*”, acrescentado a essa classificação, é uma sugestão feita pelo sociólogo Luis Octávio de Lima Camargo, apesar de alguns estudiosos considerarem o turismo como parte dos “*interesses sociais*”, um dos interesses elencados por Dumazedier. Finalmente, um estudo feito por Schwartz (2003, p. 23), também referenciado por Dumazedier, justifica a inserção, neste rol de interesses, um novo conteúdo cultural próprio da contemporaneidade, o “*conteúdo virtual do lazer*”, qual seja, o interesse pelos jogos eletrônicos, em passar horas em salas de bate-papo... Este estudo objetiva, segundo a autora, evidenciar suas características e a possibilidade de utilização dele como um elemento para a difusão da educação para o lazer.

Ao defender o lazer como um “conjunto de ocupações”, Dumazedier restringe-o à prática de atividades, com isso tem sido alvo de críticas de alguns estudiosos da área. De acordo com Gomes (2004, p. 121), em análise das defesas de Dumazedier, diz que

trabalho e lazer, apesar de possuírem características distintas, integram a mesma dinâmica social e estabelecem relações dialéticas, é preciso levar em conta o dinamismo desses fenômenos, atentando para as inter-relações e contradições que eles apresentam. Em virtude desse aspecto, trabalho e lazer não constituem pólos opostos, representando faces distintas de uma mesma moeda.

Leila Pinto (1998, p. 19) é outra autora que tem trazido uma significativa contribuição para o debate sobre o tema. Diz que a concepção lúdica é a essência genuína do lazer e é

culturalmente concebida como brinquedo, jogo, brincadeira ou festa. Revela a emergência do corpo viver o prazer da alegria construída pelo sentir, amar, vibrar, conviver e relacionar em liberdade. Concretiza-se em interações conscientes pelos jogadores no tempo, no lugar e com os objetos/materiais disponíveis.

Deve-se, portanto, na concepção de Pinto (1995), pensar o lazer, como vivência privilegiada do lúdico, representada pela vivência movida pelos desafios colocados pelos desejos de quem joga, e coroada pela alegria da conquista de aventuras desejadas e realizadas, enfrentando os limites que o contexto sociocultural mais amplo lhe impõe, cultivando, segundo a autora (1999) valores importantes para a conquista de uma nova dimensão da qualidade de vida. Ela entende, por fim, que o lazer é objeto e meio educacionais importantes, para fundar mudanças na ordem social dominante. Diz ainda que é necessário alargar, diversificar e democratizar experiências culturais, ampliando, de forma crítica e criativa, nossos saberes sobre o corpo, que também se constrói pelo desejar e saborear o prazer.

Para Marcuse,⁵ o lazer, inseparável da autonomia individual, possui um caráter de desinteresse capaz de proporcionar uma satisfação favorável ao desabrochar da personalidade, porém não se pode negar, segundo Bramante (1998), seu potencial socializador, capaz de reunir pessoas em uma atmosfera favorável de alegria, na qual comungam desejos e necessidades semelhantes. O citado Bramante (1998, p. 9), ainda afirma que

o lazer se traduz por uma dimensão privilegiada da expressão humana dentro de um tempo conquistado, materializada através de uma experiência pessoal criativa, de prazer e que não se repete no tempo/espço, pelo seu potencial socializador e determinada, predominantemente, por uma grande motivação intrínseca e realizada dentro de um contexto marcado pela percepção de liberdade.

Outro autor que tem dado relevantes contribuições aos avanços das reflexões sobre o lazer é Marcellino. Referenciado por Dumazedier, Marcellino (2001, p. 46) diz

⁵ Conceito, segundo Herbert Marcuse, de Durozoi e Roussel, *Dicionário de filosofia*, 1996.

que depois de se dedicar há mais de duas décadas ao tema, trabalha com o conceito operacional do lazer historicamente situado, considerando-o como

- 1) Cultura vivenciada (praticada, fruída ou conhecida), no tempo disponível das obrigações profissionais, escolares, familiares, sociais, combinando os aspectos tempo e atitude.
- 2) Gerado historicamente e dele podendo emergir, de modo dialético, valores questionadores da sociedade no seu conjunto, e sobre ele também sendo exercidas influências da estrutura social vigente.
- 3) Um tempo em que pode ser privilegiado para a vivência de valores que contribuam com mudanças de ordem moral e cultural, necessárias para solapar a estrutura social vigente.
- 4) Portador de um duplo aspecto educativo - veículo e objeto de educação, considerando-se, assim, não apenas suas possibilidades de descanso e divertimento, mas também de desenvolvimento pessoal e social.

Marcellino (2005) enfatiza o descanso e o divertimento como característicos da vivência do lazer, mas dá ênfase ao desenvolvimento pessoal que a sua vivência traz. Conclui, ressaltando, como seu traço definidor, o caráter “desinteressado” qual seja a negação de outra recompensa que não a satisfação provocada pela própria vivência e, ainda, que o lazer precisa ser entendido como uma das esferas de ação não conformista, mas crítica e criativa de sujeitos historicamente situados.

Uma contribuição enriquecedora para a visão geral do processo da constituição histórica do lazer em nossa cultura, é dada por Werneck (2000). Segundo a autora, as primeiras noções de lazer estavam relacionadas com o ócio, uma das grandes virtudes enfatizadas na antiguidade, pelos filósofos gregos. Aos poucos, essa noção foi sendo substituída por outros significados atrelados, sobretudo ao lazer como *licere* na civilização romana.⁶

No contexto medieval, o cristianismo reforça o sentido aristotélico de ócio como contemplação. De acordo com Werneck, as festas precisavam ter um sentido religioso, se não, seriam consideradas pecado e, portanto, condenadas pela igreja. O árduo trabalho passa a ser a grande virtude apregoada pela igreja católica como a glorificação da pobreza, ou como a possibilidade de acúmulo de riqueza segundo os preceitos do protestantismo, disseminando o lazer como um vício a ser combatido.

A partir da modernidade, o lazer é vinculado à dimensão tempo e no decorrer do século XX é visto como valioso produto que impulsiona a chamada

⁶ Designando as práticas culturais e festivas consideradas lícitas, permitidas.

indústria cultural do entretenimento. Marcellino (1996, p. 8) alia ao aspecto tempo a atitude, tendo em vista que aquilo que pode ser altamente atraente e prazeroso para determinada pessoa, não raro significa tédio ou desconforto para outra.

Existem diferentes contextos, diferentes maneiras de realizar a educação física, de promover o lazer, de participar de uma sociedade. Para Cauduro (2003, p. 44), “o que vai dar realmente o sentido e o significado para essa prática, para essas atividades lúdicas, é a maneira de pensar e agir das pessoas que fazem, que constroem essa sociedade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho consideramos o lazer, diante de diversos conceitos aqui trabalhados, como um tempo apropriado pelo indivíduo para viver algo de sua vontade, em busca de prazer. Assim, este tempo pode pertencer a qualquer uma das esferas sociais vividas por este indivíduo, além de ser fundamental para a melhoria da sua qualidade de vida.

A pesquisa confirma que o lazer desempenha um papel crucial na composição do saber docente, proporcionando benefícios que vão além da saúde física e mental. O lazer, ao fomentar a criatividade e a reflexão crítica, contribui para a construção de uma prática pedagógica mais rica e diversificada, que responde melhor às demandas de uma sociedade em constante transformação.

No entanto, os desafios para a inclusão do lazer na rotina docente indicam a necessidade de políticas educacionais que reconheçam a importância do bem-estar dos professores e promovam condições de trabalho que permitam a prática regular de atividades de lazer. Essas políticas poderiam incluir a redução da carga de trabalho extraclasse, a valorização do tempo livre e o apoio ao desenvolvimento pessoal dos docentes, fatores que, como demonstrado, impactam diretamente a qualidade da educação oferecida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTET, Marguerite. As competências do professor profissional: entre conhecimentos, esquemas de ação e adaptação, saber analisar. In: PAQUAY, Léopold; PERRENOUD Philippe; ALTET Marguerite; CHARLIER Évelyne (Orgs.). *Formando professores profissionais: quais estratégias? Quais competências?* Porto Alegre: Artmed, 2001.
- BRACHT, Valter. A constituição das teorias pedagógicas da Educação Física. *Cadernos Cedes, Corpo e Educação*, Campinas, SP, n. 48, 2000. p. 69-88.
- BRAGA, Rosalina Batista. Geografia. *Avaliação continuada 2001–2002*. Belo Horizonte: UFMG / SIMAVE, 2002. p. 23-60.
- BRAMANTE, Antonio Carlos. Lazer: concepções e significados. *Licere*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 1998. p. 9-17.
- CACHAPUZ, Antônio F. Do que temos, do que podemos ter e temos direitos a ter na formação de professores: em defesa de uma formação em contexto. In: BARBOSA, Raquel Lazzari Leite (Org.). *Formação de educadores: desafios e perspectivas*. São Paulo: UNESP, 2003.
- CALDEIRA, Anna Maria Salgueiro. A formação de professores de Educação Física: quais saberes e quais habilidades? *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v.22, n. 3, 2001. p. 87-103.
- CAMARGO, Luiz Octávio de Lima. Lazer: concepções e significados. *Licere*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 1998. p. 28-36.
- CAUDURO, Maria Tereza. O profissional de educação física e suas competências específicas. In: MARCELLINO, Nelson de Carvalho (org.). *Formação e desenvolvimento de pessoal em lazer e esporte*. Campinas: Papyrus, 2003. p. 31-45.
- COLETIVO DE AUTORES. *Metodologia de ensino da Educação Física*. São Paulo: Cortez, 1992.
- DEBORTOLI, José Alfredo Oliveira. Brincadeira. In: GOMES, Christianne Luce (Org.). *Dicionário crítico do lazer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 19-24.
- DUMAZEDIER, Joffre. *Sociologia empírica do lazer*. São Paulo: Perspectiva – SESC, 1999.
- DUROZOI, Gerard; ROUSSEL, André. *Dicionário de filosofia*. Campinas: Papyrus, 1996.
- FACCI, Marilda Gonçalves Dias. *Valorização ou esvaziamento do trabalho do professor? um estudo crítico-comparativo da teoria do professor reflexivo, do construtivismo e da psicologia vigotskiana*. Campinas: Autores Associados, 2004.
- FREITAS, Ricardo Ferreira. Shopping Center. In: GOMES, Christianne Luce (Org.). *Dicionário crítico do lazer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 211-213.
- GARCÍA, Carlos Marcelo. *Formação de professores: para uma mudança educativa*. Porto/Portugal: Porto Editora, 1999.
- GOMES, Christianne, Luce. Lazer – concepções. In: GOMES, Christianne Luce (Org.). *Dicionário crítico do lazer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 119-126.
- HUBERMAN, Michaël. O ciclo de vida profissional dos professores. In: NÓVOA, Antônio (Org.). *Vidas de professores*. Porto, Portugal: Porto, 1992. p. 31-61.

- LAFARGUE, Paul. *O direito à preguiça*. Introdução de Marilena Chauí. São Paulo: Editora Unesp/Hucitec, 1999.
- MARCELLINO, Nelson Carvalho. *Estudos do lazer: uma introdução*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- _____. Lazer: concepções e significados. *Licere*. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 1998. p. 37-43.
- _____. Lazer e qualidade de vida. In: MOREIRA, Wagner Wey. *Qualidade de vida: complexidade e educação*. Campinas: Papirus, 2001.
- _____. A ação profissional no lazer, sua especificidade e seu caráter interdisciplinar. In: MARCELLINO, Nelson de Carvalho (Org.). *Lazer: formação e atuação profissional*. Campinas: Papirus, 2005.
- MELO, Victor Andrade. Conteúdos culturais. In: GOMES, Christianne Luce (Org.). *Dicionário crítico do lazer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 51-54.
- MOITA, Maria da Conceição. Percursos de formação e de trans-formação. In: NÓVOA, Antônio (Org.). *Vidas de professores*. Porto, Portugal: Porto, 1992. p. 31-61.
- PINTO, Leila Mirtes Santos de Magalhães. Lazer: vivência privilegiada do lúdico. In: Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Esportes. *O lúdico e as políticas públicas: realidade e perspectivas*. Belo Horizonte: PBH / SMES, 1995.
- _____. Dos jogos e do prazer. In: Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Esportes. *O lúdico e as políticas públicas: realidade e perspectivas*. Belo Horizonte: PBH / SMES, 1995.
- _____. Lazer: concepções e significados. *Licere*. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 1998. p. 18-27.
- _____. Lazer e trabalho em busca da qualidade lúdica: desafio da Prefeitura Municipal de Betim/MG. In: ENCONTRO NACIONAL DE RECREAÇÃO E LAZER – ENAREL, 11, 1999, Foz do Iguaçu. *Anais...* Foz do Iguaçu: UNIOEST, 1999. p. 113-120.
- ROMERA, Liana Abraão. Lúdico, educação e humanização: uma experiência de trabalho. In: MARCELLINO, Nelson de Carvalho (Org.). *Lúdico, educação e educação física*. Ijuí: Unijuí, 2003. p. 73-84.
- SCHWARTZ, Gisele Maria. O conteúdo virtual do lazer: contemporizando Dumazedier. *Licere*, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, 2003. p. 23-31.
- SILVA, Márcio Aparecido de Freitas. *O lazer e a infância: o brincar e a formação da personalidade*. Monografia (Especialização em Lazer) – Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.
- TARDIF, Maurice. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- _____; LESSARD, Claude. *O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- VAGO, Tarcísio Mauro. Início e fim do século XX: maneiras de fazer educação física na escola. In: *Cadernos Cedes*, Corpo e Educação, Campinas: UNICAMP, n. 48, 1999. p. 30-51.
- WERNECK, Christianne Luce Gomes. *Lazer, trabalho e educação: relações históricas, questões contemporâneas*. Belo Horizonte: Editora UFMG/CELAR, 2000.

_____. Lazer e formação profissional na sociedade atual: repensando os limites os horizontes e os desafios para a área. *Licere*. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 1998. p. 47-65.

_____; ISAYAMA, Hélder Ferreira (Orgs.). *Lazer, recreação e educação física*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.