

ISSN 1519 – 1958

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA DE UNAÍ



Revista

FACTU

Ciência

ANO 18 VOLUME 32 – JAN/JUL 2017

2017

Publicada pela
Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unai

Adalberto Lucas Capanema
Presidente AEPU

Maria José Lucas Capanema
Diretora Administrativa

Adalberto Lucas Capanema
Diretor Geral

José Juliano Espíndola
Diretor Acadêmico

Secretária Geral
Fabília Lucas de Mendonça

Contatos
Revista FACTU Ciência
Rua Rio Preto, 422Unai – MG
CEP. 38.610-0000
Tel: 38 3676 6222

www.factu.br

Editor
Dêner Geraldo Batista Neves

Conselho Editorial

Dêner Geraldo Batista Neves
Gabriel Moreira
Graziela Cristina Simões
Lidiane Campos dos Santos
Lilian Rodrigues Maia
Maria Aparecida de Oliveira
Michelle Lucas Cardoso Balbino
Nathalia Oliveira Martins

Revisão
Juliana Lacerda Machado

**Ficha catalográfica preparada pela seção de catalogação e Classificação da Biblioteca da
FACTU**

Revista FACTU CIÊNCIA – Ano 19, n° 32 (Jan/jul 2017). Unai: FACTU, 2017.
Semestral
ISSN 1519 – 1958

1. Gestão. 2. Educação Física. 3. Enfermagem. 4 Unai

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Os resultados expressos nos artigos são de inteira responsabilidade dos seus autores.

APRESENTAÇÃO

O Conselho Editorial da revista FACTU CIÊNCIA coloca à disposição de seus leitores o 32º volume da Revista Científica, referente ao segundo semestre de 2017. A Revista FACTU CIÊNCIA é o meio de divulgação de artigos científicos dos nossos sete cursos de graduação. Neste volume são apresentados artigos de autoria de membros do corpo docente e discente.

A revista FACTU CIÊNCIA consolida-se como uma dos mais importantes veículos de comunicação científica da região e o Conselho Editorial da Revista FACTU CIÊNCIA convida, mais uma vez, os estudiosos e pesquisadores da FACTU e de outras instituições a enviarem seus escritos para o próximo volume.

Tenham uma boa leitura.

Conselho Editorial da Revista FACTU CIÊNCIA

Os editores não assumem nenhuma responsabilidade por danos a pessoas ou propriedades que possam ser causados por uso das ideias, técnicas ou procedimentos contidos no material publicado nesta revista. A submissão de artigos pressupõe que estes artigos, com exceção dos resumos ampliados, não tenham sido publicados anteriormente, nem submetidos a qualquer outra publicação

Sumário

A GESTÃO ESCOLAR E OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA EDUCAÇÃO DO CAMPO: ESTUDO DE CASO EM DUAS ESCOLAS DO NOROESTE DE MINAS.....	06
PEREIRA, Dalilia Rodrigues	
OLIVEIRA, Maria Aparecida de	
ASPECTOS POSITIVOS DA IMPLANTAÇÃO DA AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE SAÚDE.....	19
BRAGA, Marcela Magda	
OLIVEIRA, Miriam Santos de	
MARTINS, Nathália Oliveira	
GOMES, Waldênia Rodrigues	
O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE DO BAIRRO NOVO JARDIM UNAI MG A CERCA DO DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO.....	25
ROSA, Amanda Sousa	
CARDOSO, Ana Paula Ferreira	
ARRUDA, Jayne Machado Pacheco	
LÚCIO, Renata Silveira	
ATLETISMO COMO CONTEÚDO DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR NO ENSINO FUNDAMENTAL SÉRIES FINAIS NA CIDADE DE UNAÍ - MG.....	35
SOARES, Fernando Andrade	
MOREIRA, Gabriel	
ANDRADE, Eric Francelino	
SIMÕES, Graziela Cristina	
A PERCEÇÃO DOS PACIENTES ACERCA DA AUTONOMIA DIANTE DE PROCESSOS CIRURGICOS, REALIZADOS NO ANO DE 2016 NO MUNICÍPIO DE UNAÍ-MG.....	47
MACIEL, Grazielle Tavares	
MORAES, Raissa Kellen Aparecida	
LÚCIO, Renata Silveira	
DIREITO À PRIVACIDADE: VIVÊNCIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE UNAÍ-MG, NOS ÚLTIMOS 05 ANOS.....	59
CAMPOS, Joyce do Carmo	
TAVARES, Nayara Ferreira	
LÚCIO, Renata Silveira	

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	69
------------------------------------	-----------

A GESTÃO ESCOLAR E OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA EDUCAÇÃO DO CAMPO: Estudo de caso em duas escolas do Noroeste de Minas

PEREIRA, Dalilia Rodrigues¹
OLIVEIRA, Maria Aparecida de²

RESUMO: A educação do campo tem suas especificidades, tais como a luta para manter a identidade dos que a frequentam. São vários os desafios para o gestor escolar, dentre eles destacam-se a evasão dos estudantes que deixam a escola pela necessidade de trabalhar e ainda a falta de recursos financeiros para manter a escola. Este trabalho objetivou abordar a gestão escolar e os desafios enfrentados na educação do campo. O gestor escolar é o responsável pelo funcionamento administrativo e pedagógico da escola. O longo caminho da Educação do Campo nasceu do acordo das lutas dos Sem Terra pela implantação de escolas públicas nas áreas de Reforma Agrária com as lutas de resistência de inúmeras organizações e comunidades camponesas para não perder suas escolas, suas experiências de educação, suas comunidades, seu território, sua identidade. A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, com abordagem qualitativa de cunho descritivo. Os participantes da pesquisa foram 02 (dois) gestores de duas escolas agrícolas do Noroeste de Minas. Ambos do sexo masculino, com pós-graduação *lato sensu* mas não especificaram em qual área. Os dois possuem mais de três anos na função de gestores. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a aplicação de um questionário semiestruturado com quatro perguntas. O resultado da pesquisa mostrou que pouco se tem feito para uma educação do campo porque entende-se que as políticas curriculares do campo e para o campo ainda apresentam desvantagens em relação à educação proporcionada na área urbana; a evasão e a falta de recursos financeiros para manter a escola constituem os maiores desafios da educação do campo. Portanto, a educação do campo tem sua especificidade; é preciso manter a identidade e as raízes, bem como buscar soluções para os desafios ali presentes.

Palavras-chave: Educação. Gestão escolar. Educação do campo.

1 INTRODUÇÃO

A educação pode ser formal, não-formal e informal, sendo fundamental a compreensão de cada uma, dado o contexto de muitas e rápidas transformações. A educação é um segmento desafiador, maior ainda quando se trata de educação do campo. A liderança na gestão do campo tem suas peculiaridades, tornando-se, assim, mais presentes as dificuldades enfrentadas por aqueles que estão à frente de uma unidade escolar na área rural.

A construção das Diretrizes Curriculares da Educação do Campo é um passo importante na afirmação da educação como um direito universal, denota-se um importante instrumento para a construção de uma educação pública e gratuita de qualidade, presente, que respeite e valorize a diversidade humana, contribuindo assim

¹ Pedagoga Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí.

² Mestre docente da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí.

com a construção de uma sociedade mais justa e solidária, buscando contribuir para a gestão e a prática pedagógica nas escolas do campo e, portanto, destina-se a todos os educadores das escolas do campo e gestores da educação.

O desejo de realizar o estudo a respeito das dificuldades enfrentadas pelo gestor na educação do campo surgiu quando do conhecimento desta acadêmica das questões direcionadas à gestão. Este conhecimento permitiu observar, cada vez mais, a preocupação com a formação e situação em que a gestão escolar vem se apresentando.

Neste contexto, surgiu o seguinte questionamento: quais são os desafios enfrentados pelo gestor na Educação do Campo? A partir desta pergunta, passou-se ao objetivo geral: analisar os desafios enfrentados pelo gestor escolar na educação do campo: estudo de caso em duas escolas do Noroeste de Minas.

O resultado da pesquisa mostrou que mediante realização no campo de estudo, como também pelo discurso dos sujeitos que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, que pouco se tem feito para uma educação do campo porque entende-se que às políticas curriculares do campo e para o campo ainda apresentam desvantagens em relação à educação proporcionada na zona urbana, onde os educandos devem ter sua identidade fixada e estruturada em suas raízes compreendendo que a vida no campo vai depender inteiramente dele.

Acredita-se que esta pesquisa muito contribuirá para o desenvolvimento de Unai e região, visto que uma boa liderança na educação é garantia de aprendizado. No caso da educação no campo os problemas apresentados exigem maior atenção e um olhar diferenciado, em busca de solução para os desafios ali enfrentados.

Desse modo, percebe-se a necessidade de uma formação específica para que os gestores enfrentem seus desafios a fim de estarem em consonância com o meio em que atuam, mesmo porque o gestor não deve ser um ser isolado da realidade da escola à qual pertence, mesmo porque isso faz toda a diferença no processo de ensino e dando sua contribuição enquanto líder.

2 A GESTÃO ESCOLAR

Aqui serão descritos os conceitos de gestão e de gestão escolar.

Gestão são "os processos intencionais e sistemáticos de se chegar a uma decisão e de fazer a decisão funcionar caracterizam a ação". Ainda segundo esse autor (2004), o diretor da escola é o responsável pelo funcionamento administrativo e pedagógico da escola. Todavia, na escola ele desempenha predominantemente a gestão geral da escola. (LIBÂNEO, 2004, p. 101).

Lück (2000), assume que o conceito de gestão está associado à mobilização de capacidades e esforços coletivamente organizados, à ação construtiva conjunta de seus membros, pelo trabalho associado, mediante sintonia que cria um "todo" orientado por uma vontade coletiva.

O conceito de gestão escolar passa a ser agrupado pela sociedade moderna a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, quando em seu Art. 206, inciso VI reza que um dos princípios para o ensino será "gestão democrática do ensino público, na forma da lei;" (BRASIL, 1988, p. 35).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº. 9.394/96 aponta em seu Art. 14 a gestão democrática como um dos seus princípios, pressupondo-a gestão democrática como um trabalho coletivo, participativo e dialógico (BRASIL, 1996, p. 15).

Vieira (2009), alude que a gestão educacional situa-se no campo macro, ao passo que a gestão escolar localiza-se no campo micro. Ambas articulam-se mutuamente, dado que a primeira justifica-se a partir da segunda. Em outras palavras, a razão de existir da

gestão educacional é a escola e o trabalho que nela se realiza. A gestão escolar, por outro, lado, orienta-se para garantir aquilo que é própria de sua finalidade promover o ensino e a aprendizagem, viabilizando a educação como um direito de todos, conforme determinam a Constituição e Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Nesta esfera da gestão, situam-se professores, alunos e outros membros da comunidade escolar funcionários que trabalham na escola, docentes que ocupam cargos diretivos, famílias e integrantes da área de abrangências geográficas onde se localiza a escola. A grande maioria das pessoas que atuam na gestão educacional são também educadores e fazem parte de organizações como secretarias de educação, órgãos normativos do sistema ou outras instituições integrantes do sistema educacional, nos diversos níveis do Poder Público (VIEIRA, 2009).

De acordo com Lück *et al* (2005), dentre as competências exigidas do gestor pela sociedade, pode-se enumerar: pensar criativamente, analisar informações e proposições diversas, de forma contextualizada, expressar ideias com clareza, tanto oralmente, como por escrito, aplicar a aritmética e a estatística para resolver problemas, ser capaz de tomar decisões fundamentadas e resolver conflitos, dentre muitas outras competências necessárias para a prática de cidadania responsável.

Uma vez compreendidos os conceitos de gestão e de gestão escolar, busca-se a seguir um entendimento sobre a educação do campo e o relato de um breve histórico dessa modalidade de educação.

2.1 NA SEARA DOS CONCEITOS E DO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO DO CAMPO

O percurso escolhido para o desenvolvimento dessas ideias tem como ponto de partida uma apresentação da educação no meio rural brasileiro.

O conceito de campo vem se afirmando na prática social e científica como possibilidade de superação dos limites historicamente construídos em torno do uso do termo rural para designar o espaço, os sujeitos e as práticas relativas às atividades desenvolvidas na relação direta com a terra, com as águas e com as florestas. (LEÃO; ANTUNES-ROCHA, 2015).

Molina; Sá (2011), dizem que são consideradas escolas do campo aquelas que têm sua sede em espaço geográfico classificado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), como rural e, mais amplamente, aquelas escolas que, mesmo tendo sua sede em áreas consideradas urbanas, atendem a população de municípios cuja reprodução social e cultural está majoritariamente vinculada ao trabalho no campo.

O longo caminho da Educação do Campo nasceu como mobilização/pressão de movimentos sociais por uma política educacional para comunidades camponesas nasceu do acordo das lutas dos Sem Terra pela implantação de escolas públicas nas áreas de Reforma Agrária com as lutas de resistência de inúmeras organizações e comunidades camponesas para não perder suas escolas, suas experiências de educação, suas comunidades, seu território, sua identidade.

Júnior; Netto (2011) mostram que a Educação do Campo nasceu precisando tomar uma posição no confronto de projetos de campo, contra a lógica do campo como lugar de negócio, que expulsa as famílias, que não precisa de educação nem de escolas porque precisa cada vez menos de gente, a afirmação da lógica da produção para a sustentação da vida em suas diferentes dimensões, necessidades, formas. E ao nascer lutando por direitos coletivos que dizem respeito à esfera do público, nasceu afirmando que não se trata de qualquer política pública, o debate é de forma, conteúdo e sujeitos envolvidos.

A Educação do Campo nasceu também como crítica a uma educação pensada em si mesma ou em abstrato, seus sujeitos lutaram desde o começo para que o debate pedagógico se aderisse à sua realidade, de relações sociais concretas, de vida acontecendo em sua necessária complexidade.

Ainda segundo os referidos autores (2011), o movimento “Por uma educação do campo” é um coletivo nacional constituído por diferentes movimentos sociais do campo que debatem e discutem uma proposta de educação para a população do campo que prime pelas suas especificidades culturais, sociais e econômicas”.

Leite (1999), relata que no período de 1889/1930 houve o sonho da República de expandir a instrução para todo povo brasileiro; o objetivo era alcançar o progresso, entretanto, a escolarização rural não estava incluída nesse projeto. Muitos deixaram o campo e foram morar na cidade.

De 1930 a 1945, mais precisamente na década de 1930, o contexto era de busca de situações concretas de bem-estar, direitos, participação. A escolarização objetivava ser suporte para a industrialização e o processo escolar permaneceu inalterado.

Somente mais tarde o Estado Novo volta sua atenção para a escola rural, procurando manter a arte e folclore rurais e dá valor à alfabetização não descuidando, porém dos princípios cívicos.

Entre 1945 e 1964, continua Leite (1999), no contexto pós-guerra, o Brasil, em conformidade com os Estados Unidos, cria a CBAR (Comissão Brasileira-Americana de Educação das Populações Rurais), com o intuito de implantar projetos educacionais na área rural. Em Minas Gerais, no ano de 1948 foi criada ACAR (Associação de Crédito e Assistência Rural, mas tarde, recebeu o nome de EMATER (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural).

A Educação Rural no contexto militar (1964/1985). Nos anos de 1960 a situação brasileira foi marcada pela migração de populações carentes, especialmente as nordestinas e do meio rural para o urbano, pelo golpe militar de 1964, levando à anulação dos direitos civis e da cidadania e ainda pelo desenvolvimento do "milagre econômico e da aproximação do país pelo FMI (Fundo Monetário Internacional). No campo educacional, há a substituição da professora do ensino formal pelo técnico.

Ainda segundo esse autor (1999), surge Paulo Freire, revolucionando a prática educativa, quando criou os métodos de educação popular.

A LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) nº 5.692/71 dá ênfase a uma educação liberal, com foco na formação profissional, técnica. Teoricamente foi aberto espaço para a educação rural, mas na prática não foi o que aconteceu.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 reza seu Art. 28 que:

Na oferta de educação básica para a população rural, os sistemas de ensino promoverão as adaptações necessárias à sua adequação às peculiaridades da vida rural e de cada região, especialmente:

- I – conteúdos curriculares e metodologias apropriadas às reais necessidades e interesses dos alunos da zona rural;
- II – organização escolar própria, incluindo adequação do calendário escolar às fases do ciclo agrícola e às condições climáticas;
- III – adequação à natureza do trabalho na zona rural (LDBEN, 1996, p. 21).

A Resolução do CNE/CEB 1, de 3 de abril de 2002 instituiu as Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas escolas do campo. (BRASIL, 2002). A construção dessas Diretrizes foi mais um passo importante na afirmação da educação como um direito universal, denota-se um importante instrumento para a construção de uma educação pública e gratuita de qualidade, presente e que respeite e valorize a diversidade humana, contribuindo assim com a construção de uma sociedade cada vez mais justa e solidária buscando contribuir para a gestão e a prática pedagógicas nas escolas do campo e, portanto, destina-se a todos os educadores das escolas do campo e gestores da educação.

Conclui-se que, ao abordar a questão da Educação do Campo há um acúmulo de práxis, relações e embates que permitem uma abstração que passa a servir de categoria teórica para análise de cada prática particular, de cada posicionamento diante da realidade a que a Educação do Campo se refere. Trata-se de um conceito novo, e em construção na última década.

O conceito de Educação do Campo, então, é novo, todavia já está em disputa, exatamente porque o movimento da realidade que ele busca expressar é marcado por contradições sociais muito fortes. Entretanto, um processo teórico no momento atual não parece ser o de buscar “fixar” um conceito, fechá-lo em um conjunto de palavras porque isso poderia matar a ideia de movimento da realidade que ele quer apreender, abstrair, e que nós precisamos compreender com mais rigor justamente para poderem a construção na última década. O caminho histórico da Educação do Campo no Brasil foi trilhado mais pelo abandono do que por políticas públicas que dessem o necessário valor aos campesinatos no que se refere à educação.

2. 2 ALGUMAS ORIENTAÇÕES SOBRE A EDUCAÇÃO DO CAMPO

A educação deve ter um rumo, ser orientada para objetivos que, sobretudo, possibilitem transformações reais na vida dos seus envolvidos.

Souza (2005) apresenta algumas orientações sobre Educação do Campo, construídas pelo MSTTR – Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais:

- Deve ser uma educação libertadora, associada a uma prática libertadora;
- Deve se buscar ‘Educar’ para a mudança;
- A educação popular constrói sujeitos transformadores da história, dentro e fora da escola;
- Considerar a criação do saber como um valor fundamental da experiência humana;
- Aulas, cursos e eventos formativos devem se encher de vida;
- A educação deve estimular o desenvolvimento de todas as nossas capacidades transformadoras;
- Estimular possibilidades de mudanças nas práticas cotidianas, e na capacidade de olharmos criticamente essas práticas;
- Estimular a sistematização de experiências. (SOUZA, 2005, p. 6).

Assim, as concepções e princípios identifica-se à perspectiva de educação que tem sido assumida pelo movimento de educação do campo tendo como perspectiva muito mais ampla, em que a educação não se reduz apenas à dimensão escolar. Todavia, a luta pela escola tem sido um dos traços marcantes sob a prevalência política pública que nos últimos anos vem se concretizando e conquistando no Brasil (MOLINA, 2010).

Entretanto, é nessa seara que, nos últimos anos, têm surgido diferentes experiências educacionais no meio rural brasileiro. São experiências que, na maioria dos casos, surgem por iniciativa da própria população, através de suas organizações e movimentos sociais, a partir de alianças com Partidos Políticos, Igreja, Universidades e Organizações Não-Governamentais, na busca de afirmar princípios, concepções e práticas de uma educação e de uma escola do campo. (MOLINA, 2010).

Continua essa autora (2010), afirmando que são perspectivas de reconhecer e valorizar a importância da atuação, das práticas, dos trabalhos realizados a cada ação nos cursos de formação superior do Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA); nas práticas agroecológicas; nas formações de Educação de Jovens e Adultos; nas salas multisseriadas; nos cursos em acampamentos e assentamentos; nos quilombos, nas escolas indígenas, nos Saberes da Terra; na Residência Agrária; nas Escolas Famílias Agrícola e nos Centros de Alternância, enfim, em diferentes territórios camponeses, considerando de importância registrar e socializar momentos de análises e de reflexões sobre a Educação do Campo à época em que se completavam dez anos de jornada.

Assim, pode-se constatar as especificidades da educação do campo que exige a capacidade de acreditar que o diferente e o outro na condição de sujeito, jamais como estranho e, dessa forma, estabelecer um modo de pertencimento das pessoas a uma comunidade e à sociedade que impeça a transformação das diferenças em desigualdades. Faz parte da humanização dessa trajetória encontrar meios para realizar a mais ampla condição da igualdade e bem estar dos seres humanos, entendendo-se que todos são protagonistas de uma história a partir da inserção na luta coletiva por uma existência digna.

Nesse sentido, a educação do campo atende à diversidade, às características dos alunos que vivem no meio rural, por isso, a importância de levar em conta as especificidades do povo do campo sem perder de vista o que é comum a todos, permitindo o acesso e permanência a escola. (JÚNIOR; NETTO, 2011).

Uma vez apresentados o conceito e histórico da Educação do Campo, a seguir serão discutidos os desafios enfrentados pelos gestores nessa modalidade de ensino.

2.3 DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS GESTORES DA EDUCAÇÃO DO CAMPO

A educação do campo é um modo de vida social em busca da identidade dos povos do campo, de como valorizar o trabalho, a sua história mesmo que seja do modo e jeito de ser, os conhecimentos, sua relação com a natureza e como ser da natureza. São diferentes gerações, etnias, gêneros, crenças e diferentes modos de trabalhos, de viver, de se organizar, de resolver problemas, de lutar, de ver o mundo e de resistir no campo demonstrando que os desafios são constantes na educação do campo.

Um dos grandes desafios, nas palavras de Arco-Verde (2006), é que a educação para os povos do campo é trabalhada a partir de um currículo essencialmente urbano e, quase sempre, deslocado das necessidades deixando claro o enfrentamento dos desafios acerca da realidade do campo.

Outro desafio enfrentado é quanto à localização, o transporte escasso e quando tem, limita-se por causa dos períodos de chuva onde as estradas se tornam péssimas sem condições para chegar até certos povoados, mas existem outros fatores que dificultam e/ou comprometem nas escolas do campo. Essa realidade aponta que, a educação do campo vem sofrendo as consequências da falta de comprometimento e responsabilidade dos órgãos responsáveis pela gerência da Educação no Estado Brasileiro.

Brandão (s.d.) aponta, que os colégios criados foram instituições dentro das grandes propriedades rurais com objetivos de produzir uma mão de obra técnica e especializada de atendimento aos produtores rurais que se utilizavam do trabalho barato/gratuito dos estudantes para se enriquecerem. Na prática, ocorreu exploração da mão de obra de estudantes na produção agrícola, acobertados pela Constituição, pelo Estado e por outras formas legais. A preocupação veio à tona na época e não era de que a educação fosse para todos e sim de que os camponeses fossem atendidos no direito à educação. O desenvolvimento industrial era o “carro chefe”, apontando diretrizes às escolas primárias em propriedades rurais que seriam aproveitadas após nas indústrias instaladas nas cidades.

Castro (2015) destaca uma visão de progresso que opõe campo e cidade, em que o campo está a serviço da cidade, transfere para a representação social da população do campo um papel de subordinação de estar "a serviço de", que, no caso, seria "alimentar a cidade" como trabalhadores ou máquinas.

Na lista dos desafios pode-se acrescentar ainda a formação dos educadores das escolas do campo no quesito metodologias adequadas às peculiaridades da vida rural. Carneiro (2015), assevera que a grande maioria das escolas do campo é constituída de pequenas escolas municipais, sempre esquecidas na hora do planejamento da educação. Ainda segundo esse autor (2015), a "Escola do Campo brasileira é pobre e desassistida.

Arco-Verde (2006) garante que medidas e projetos já estão sendo postos em prática, como por exemplo, as Diretrizes Operacionais para a Educação do Campo nas Escolas do Campo, onde são estabelecidas as especificidades e leis que garantem a essas escolas um ensino de qualidade e condizente com a realidade de sua população.

Apesar dos inúmeros desafios não os torna incapazes, porque a partir da primeira experiência a comunidade aceita, envolve-se com o trabalho de liderança a tarefa que inicia a troca-que-ensina é uma pequena observação tornando um trabalho coletivo, participativo, de construção do conhecimento da realidade local, onde o homem fez o poço porque teve necessidade de água e o fez na medida em que, relacionando-se com o mundo, fez dele instrumento de seu conhecimento. Submetendo-o, pelo trabalho, a um processo de transformação. Assim, fez a casa, sua roupa, seus instrumentos de trabalho. “A partir daí, se discute com o grupo, em termos evidentemente simples, mas criticamente objetivos, as relações entre os homens, que não podem ser de superioridade nem de mudança, como as anteriores, mas de sujeitos” (BRANDÃO, s.d.).

Desse modo, os desafios presentes na educação do campo exigem um profissional com uma formação ampliada, mais totalizante, já que ele tem que dar conta de uma série de dimensões educativas presentes nessa realidade.

Brandão (s.d.) afirma, que a demanda de formação exige um repensar no modelo de formação presente pelas universidades brasileiras baseando-se num modelo de especialização voltada para as lideranças porque para tal sentido o curso de Pedagogia não prepara o educador para coordenar o processo de formação nos últimos anos de ensino fundamental e ensino médio. Tornando-se um desafio para a educação do campo superar os argumentos que afirmam não ser possível organizar uma instituição voltada para atender turmas mínimas de alunos e com idades diferenciadas.

Desse modo, os desafios apresentados ao gestor da educação do campo exige uma gestão compartilhada, a escola do campo ganha um caráter abrangente, dialógico, flexível e dinâmico. A realidade dos sujeitos é o princípio e o fim da prática pedagógica.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, com abordagem qualitativa de cunho descritivo. Os participantes da pesquisa foram 02 (dois) gestores de duas escolas agrícolas do Noroeste de Minas. Ambos do sexo masculino, com pós-graduação lato sensu mas não especificaram em qual área. Os dois possuem mais de três anos na função de gestores. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a aplicação de um questionário semiestruturado com quatro perguntas.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Aqui serão apresentadas as respostas dos participantes desta pesquisa, confrontando-as com a teoria.

Os gestores foram questionados acerca da importância da Gestão Escolar na esfera da educação e na vida da comunidade escolar do campo. Sendo colocadas pelos mesmos, as seguintes afirmações:

Uma boa administração em uma empresa consegue fazer com que essa atinja mais rapidamente seus objetivos e lucros, isto não é diferente na gestão escolar. Uma escola bem administrada consegue colocar em prática todos os seus planos metodológicos atingindo assim não só os alunos, mas também toda uma comunidade que envolve esta escola, seja no campo, seja na cidade (Gestor 1) (*sic*).

É muito importante, pois a gestão define a linha de atuação da escola com base na realidade da comunidade (Gestor 2) (*sic*).

Percebe-se nas respostas que o gestor 1 não ficou clara a importância da gestão escolar na esfera da educação e na vida da comunidade escolar do campo onde a educação não visa apenas lucros econômicos, mas sim serem vistas como uma ação em busca do desenvolvimento para com a realização de seus trabalhos conjuntos objetivando a melhoria contínua da educação de forma que não venha a ser comparada com empresas, deixando de lado o foco principal da pergunta onde envolve a educação, a sociedade em geral e a comunidade escolar representados pelos educandos, educadores e equipe administrativa. Deve-se enfatizar a importância voltada para a questão pedagógica, administrativa e cidadã visando o respeito, o compromisso e a ética, tornando-se fundamental para o bom funcionamento e relacionamento da instituição tanto para o campo quanto para a cidade.

Já na resposta apresentada pelo gestor 2, nota-se que o mesmo entende e compreende a importância da gestão escolar na esfera da educação e na vida da comunidade escolar do campo

Vieira (2009, p. 26-27), alude que:

A gestão escolar orienta-se para assegurar aquilo que é próprio de sua finalidade – promover o ensino e a aprendizagem, viabilizando a educação como um direito de todos, conforme determinam a Constituição e Lei de Diretrizes e Bases. Nesta esfera da gestão, situam-se professores, alunos e outros membros da comunidade escolar – funcionários que trabalham na escola, docentes que ocupam cargos diretivos, famílias e integrantes da área de abrangências geográficas onde se localiza a escola. A grande maioria das pessoas que atuam na gestão educacional são também educadores e fazem

parte de organizações como secretarias de educação, órgãos normativos do sistema ou outras instituições integrantes do sistema educacional, nos diversos níveis do Poder Público.

Desse modo, conclui-se que dentre as atribuições do gestor escolar, o ato de acompanhar o trabalho docente com um relacionamento recíproco configura-se como um pré-requisito indispensável tanto para sua função quanto para a esfera da educação, bem como para a vida da comunidade escolar onde o bom relacionamento é em suma um fator crucial para uma gestão escolar, com estratégias bem formuladas para não perder o foco, uma vez que encaminhar o desenvolvimento de um trabalho parceiro significa, portanto, construir um relacionamento harmonioso buscando formação continuada, consequentemente possibilitando a qualificação da educação.

Logo após foi questionado aos gestores se a educação do campo possui especificidades e quais seriam algumas delas.

A educação voltada para o campo merece toda uma atenção especial. Todos sabemos que grande parte dos estudantes do campo são oriundos de propriedades de agricultura familiar. (Gestor 1) (*sic*).

Sim muitas. Realidade do espaço e cultura do aluno. Condições e distância da Escola do Meio Urbano. (Gestor 2) (*sic*).

Diante das respostas dadas, apesar de atribuírem inicialmente a ideia sobre as especificidades da educação do campo, o Gestor 1 relata algumas das especificidades da educação do campo como importantes, mas não apresenta com respostas com ênfase na pergunta que foi proposta.

O gestor 2 apresenta uma reflexão mais acentuada referente às especificidades da educação do campo, descrevendo com mais clareza e capacidade de entendimento sobre a pergunta proposta dando sua contribuição demonstrando assim, preocupações futuras com a demanda e/ou condições dos educandos e cidadãos que têm direitos e deveres.

Sobre esta informação, muito se ouve falar e pensar em uma educação de qualidade, mas pouco são os passos dados para uma oferta de qualidade da educação de um modo geral, e que consequentemente a educação do campo, também fica agravada, já que a mesma ainda é pouco pensada e refletida levando em consideração sua singularidade e especificidade.

Aqui pode-se remeter a Arroyo (2004), que dá o seguinte esclarecimento:

A educação do campo precisa ser uma educação específica e diferenciada [...] Mas, sobretudo deve ser educação, no sentido mais amplo de processo de formação humana, que constrói referências culturais e políticas para a intervenção das pessoas e dos sujeitos sociais na realidade, visando a uma humanidade mais plena e feliz.

Pode-se concluir, então, que o trabalho do gestor diante das especificidades da educação do campo disponibiliza a transição de diversos cenários, contribuindo neste percurso uma aproximação entre teoria e prática, sob valores, princípios e ideologias que visem o processo construtivo de uma prática articulada, consciente e transformadora.

Finalizando, foi indagado aos gestores quais os desafios que enfrentam e/ou enfrentaram na Educação do campo.

Na educação do campo um dos principais desafios enfrentados e claramente a evasão escolar. Já que muitos dos alunos do campo se veem obrigados a trabalhar cada vez mais cedo para complementar a renda familiar, outro ponto importante que não pode deixar de ser destacado é o decreto nº 7.352, de 4 de Novembro de 2010 que dispõe sobre a política de educação do campo e o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária – PRONERA. (Gestor 1) (sic).

Faltam recursos financeiros, Falta de apoio e de conhecimento na gestão da escola devido as especificidades (Gestor 2) (sic).

Respondendo a questão proposta aos gestores, Arco-Verde (2006) mostra que um desafio está posto à educação do campo: considerar a cultura dos povos do campo em sua dimensão de acordo com a experiência fortalecendo, portanto, a educação escolar como processo de apropriação e elaboração de novos conhecimentos.

A educação do campo tem sido historicamente marginalizada na construção de políticas públicas. Tratada como política compensatória, suas demandas e sua especificidade raramente têm sido objeto de pesquisa no espaço da academia e na formulação de currículos nos diferentes níveis e modalidade de ensino. (ARCO-VERDE, 2006, p. 28).

Percebe-se nas respostas dadas pelos gestores, que estes possuem consciência dos desafios enfrentados na educação do campo, proporcionando, assim, a integração de diversas dimensões do conhecimento sobre o modo de vida camponês, a educação do campo pode trazer as características de sociabilidade e peculiaridades de trabalho comunitário presentes nas experiências camponesas. Valorizar a cultura dos povos do campo significa criar vínculos com a comunidade e gerar um sentimento de pertença ao lugar e ao grupo social. (ARCO-VERDE, 2006).

Aqui retoma-se a pergunta norteadora desta pesquisa: quais os desafios enfrentados pelo gestor na educação do campo?

O resultado mostrou que percebe-se uma compreensão significativa dos gestores acerca dos desafios que enfrentam ou enfrentaram em seu trabalho tendo que ressignificar a prática enquanto profissionais no contexto escolar. Faz-se necessário ressaltar que para a realização da mesma, foi entregue aos gestores participantes um questionário, onde os mesmos preferiram levá-lo para casa e entregá-lo no prazo de uma semana, justificando a falta de tempo para responder devido aos seus trabalhos e compromissos.

No entanto, diante das respostas apresentadas por estes gestores pode-se comprovar o interesse dos mesmos em colaborar com respostas verdadeiras para a presente pesquisa, demonstrando conhecimentos e preparo destes profissionais para com as questões da gestão escolar e a educação do campo.

Um dos motivos que ilustram essa questão foi o fato de os gestores que hoje compõem sua área de atuação possuem conhecimento sobre novas temáticas que são direcionadas de acordo com sua formação ou profissão, tendo em vista atualmente através da busca incessante pelo saber/desenvolver a expansão do conhecimento dos mesmos. Os gestores estão atualizados em seus conhecimentos e diante de diversos motivos buscam se atualizar, inovar e se capacitarem para um melhor desempenho na sua área de atuação.

Compreende-se que a essência de uma educação transformadora atrela-se à dialogicidade e, embora o gestor e educador estejam investidos de papéis e saberes diversos, pode-se buscar um encontro fecundo, que como resultado tem a construção de uma prática enriquecida em princípios significativos.

Este estudo propôs abordagens sugestivas de investigações, a fim de inserir a temática: A Gestão Escolar e os Desafios Enfrentados na Educação do Campo, entretanto,

esse assunto não se encerra aqui. Desta forma, sugere-se um maior número de pesquisas, que poderão contribuir para o amadurecimento tanto pessoal quanto profissional.

O resultado da pesquisa mostrou que pouco se tem feito para uma educação do campo porque entende-se que as políticas curriculares do campo e para o campo ainda apresentam desvantagens em relação à educação proporcionada na área urbana; a evasão e a falta de recursos financeiros para manter a escola constituem os maiores desafios da educação do campo. Assim, a educação do campo tem sua especificidade; é preciso manter a identidade e as raízes, bem como buscar soluções para os desafios ali presentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo contexto exposto, conclui-se que a realização proposta é de extrema relevância para a gestão e comunidade escolar, pois o conhecimento em que este trabalho foi desenvolvido pode-se proporcionar e contribuir aos gestores maior segurança e comprometimento ao abordar questões referentes à gestão escolar. O desenvolvimento desta pesquisa, que teve como propósito conhecer quais os desafios enfrentados na educação do campo por dois gestores do Noroeste de Minas, buscou trajetórias históricas, identidades e práticas embasando-se em livros, artigos científicos, entre outros, sob a luz de autores que discutem politicamente esta temática.

A gestão escolar configura-se como uma atividade essencialmente formadora dos gestores, para tanto, percebe-se uma necessidade de um novo olhar acerca da função dos que estão à frente de uma escola, e dentro desta perspectiva de inovação e transformação este profissional poderá contribuir significativamente para a melhoria qualitativa e construtiva de maneira competente, inquietando os educadores e todos os envolvidos no processo a compreensão de uma prática consistente.

A realização desta pesquisa não foi uma tarefa fácil, todavia, esse estudo conduziu à análise de sua essência assim como também, foi possível conhecer os desafios que os gestores enfrentam nesta modalidade de educação, especificamente acerca das especificidades na educação do campo, pois percebe-se a necessidade de um trabalho coletivo envolvido por objetivos parceiros que almejam a obtenção de espaços, conquistas e de buscas incessantes com pretensões de reconhecimento e resultados favoráveis.

Porém, o trabalho do gestor percebida através da realização da pesquisa é sinalizado por uma função assistencialista onde percebeu-se, através das respostas das no questionário aplicado, que os gestores requerem excelência em suas práticas e que sejam significativas. O gestor compreende a essência de um líder caracterizando como uma atuação articuladora e formadora de sua própria vivência, mas expressam os seus anseios e aflições, pois ainda não estão satisfeitos com suas contribuições almejando ainda um desenvolvimento mais qualitativo.

Diante das questões aqui levantadas, pontua-se que o gestor escolar desenvolve suas ações num cenário de constantes mudanças, para tanto deve estar preocupado em refletir junto aos educandos, educadores e comunidade escolar sobre as relações e práticas do fazer pedagógico, articulando as ideias da instituição escolar.

Desse modo, percebeu-se o quanto é importante à presença de profissionais de educação como eternos socializados e aprendizes de saberes, que desencadeia em sua função social uma contribuição essencialmente formadora de futuros cidadãos. Entretanto, vale salientar que cabe a cada profissional de educação contribuir, trilhando caminhos brilhantes, que priorizem a aprendizagem do modo perspicaz, em sua profissão e compromisso com a educação.

Assim, é necessário esclarecer que após a realização deste trabalho monográfico foi possível vivenciar os resultados no contexto de gestores conscientes, críticos e responsáveis perante a atuação de cargos que irão contribuir muito, direta ou indiretamente, na melhoria da educação como um todo.

REFERÊNCIAS

ARCO-VERDE, Yvelise Freitas de Souza. (Coord). **Diretrizes Curriculares da Educação do Campo**. Governo do Estado do Paraná. Curitiba, PR, 2006. Disponível em: <file:///C:/Users/EST0270/Downloads/diretriz_edcampo.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

ARROYO, Miguel Gonzalez. **Por uma educação do campo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 16 julho 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação (CNE). **Resolução CNE/CEB nº 1, de 3 de abril de 2002**. Institui as Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13800&Itemid=>. Acesso em: 19 jul. 2016.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: Lei nº. 9.394/96 de 20 de dezembro de 1996**, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Recurso eletrônico. 8. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2762/ldb_8.ed.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 jul. 2016.

_____. **Decreto nº 7.352, de 4 de novembro de 2010**. Dispõe sobre a política de educação do campo e o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária - PRONERA. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2012-pdf/10199-8-decreto-7352-de4-de-novembro-de-2010/file>>. Acesso em: 7 set. 2016.

CARNEIRO, Moaci Alves. **LDB fácil: leitura crítico-compreensiva artigo a artigo**. 23. ed. revista, atualizada e ampliada. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

CASTRO, Elisa Guaraná. Juventude do campo: educação e a construção de um projeto político. In: ____ LEÃO, Geraldo; ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel. **Juventudes do campo**. Belo Horizonte: Alternativa, 2015. (Coleção Caminhos da Educação do Campo).

JÚNIOR, Astrogildo Fernandes da Silva; NETTO, Mário Borges. Por uma educação do campo: percursos históricos e possibilidades. **Revista Entrelaçando**. Uberlândia, MG,

2011. Disponível em: <http://www.por uma educaçao do campo - percursos historicos e possibilidades _ Astrogildo F. da Silva Junior e Mario Borg.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

LEÃO, Geraldo. ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel. Juventudes no/do campo: questões para um debate. In: LEÃO, Geraldo; ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel.

Juventudes do campo. Belo Horizonte, MG: Alternativa, 2015. (Coleção Caminhos da Educação do Campo).

LEITE, Sérgio Celani. **Escola rural:** Urbanização e políticas educacionais. São Paulo: Cortez, 1999. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 70).

LIBÂNEO, José Carlos. **Organização e gestão da escola:** teoria e prática. 5. ed. Revista e ampliada. Goiânia, GO: Alternativa, 2004.

LÜCK, Heloísa. (Org.) Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Em Aberto**, v. 17, n. 72, Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/em_aberto_72>. Acesso em: 20 jul. 2016.

LÜCK, Heloísa *et al.* **A escola participativa:** o trabalho do gestor escolar. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

MOLINA, Mônica Castagna. (Org.). **Educação do Campo e Pesquisa II:** questões para reflexão. Brasília, DF: MDA/MEC, 2010. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Vendramini.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

_____; Sá, Laís Mourão. A licenciatura em educação do campo da Universidade de Brasília: Estratégias Político-Pedagógicas na formação de educadores do campo. In:____ MOLINA, Mônica Castagna; Sá, Laís Mourão. **Licenciaturas em educação do campo.** Belo Horizonte, MG: Alternativa, 2011. (Coleção Caminhos da Educação do Campo).

SOUZA, Amarildo Carvalho de. Educação enquanto Instrumento estratégico para a consolidação do projeto alternativo de desenvolvimento rural sustentável e solidário. In: ROCHA, Eliene Novaes. (Org.). **Caderno de Textos Pedagógicos.** Núcleo Bandeirantes-DF, 2005.

VIEIRA, Sofia Lerche. **Educação básica:** política e gestão da escola. Brasília, DF: Líber Livro, 2009.

ASPECTOS POSITIVOS DA IMPLANTAÇÃO DA AUDITORIA DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE SAÚDE

BRAGA, Marcela Magda³
OLIVEIRA, Miriam Santos de⁴
MARTINS, Nathália Oliveira⁵
GOMES, Waldênia Rodrigues⁶

RESUMO: A auditoria de enfermagem vem sendo realizada por meio da análise oficial do prontuário do paciente a fim de garantir a sustentabilidade financeira da instituição através da diminuição do desperdício de materiais e medicamentos e futuramente melhorar a qualidade da assistência de enfermagem por meio de um atendimento mais sistematizado, humano e padronizado, resultando na satisfação do paciente; tornando também os profissionais mais capacitados e confiantes. Através desta pesquisa tem-se como objetivo analisar e identificar os benefícios da implantação da auditoria de enfermagem para a equipe, para o paciente, para a instituição e os resultados da auditoria no processo de organização do serviço de enfermagem. Este estudo foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica em fontes secundárias: livros, revistas e sites de pesquisa científica. Com isso, pode-se concluir que com a implantação da auditoria de enfermagem em uma instituição privada de saúde obtêm-se melhorias em várias esferas do processo hospitalar e que a auditoria deve ser implantada juntamente com a educação continuada no cotidiano da enfermagem, com o intuito de aperfeiçoar e garantir que os objetivos desejados com a implantação da auditoria sejam alcançados.

Palavras chave: Auditoria de enfermagem. Qualidade da assistência. Relatório de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo aborda a temática da auditoria de enfermagem, descrevendo os aspectos positivos de sua implantação em uma instituição privada de saúde, e a motivação para a realização de tal estudo surgiu a partir da experiência das autoras durante o estágio extracurricular em auditoria realizado em uma instituição privada de saúde em Uberlândia-MG.

Segundo Sá (1998 apud POSSARI, 2005), o termo auditoria é de origem latina (*de audire*), que significa ouvir, e foi utilizado inicialmente pelos ingleses para rotular a tecnologia contábil da revisão (*auditing*), mas hoje tem sentido mais abrangente.

A auditoria segundo Scarparo (2005 apud POSSARI, 2005) “é um exame oficial dos registros de enfermagem com o objetivo de avaliar, verificar e melhorar a assistência de enfermagem” e conforme Pereira, Takahashi (1991 apud POSSARI, 2005) [“... é a avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente ou das próprias condições destes”].

Este estudo adotou os preceitos metodológicos da pesquisa bibliográfica de busca em fontes secundárias como livros, revistas e sites de pesquisa científica.

³ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo – Unitri

⁴ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo – Unitri

⁵ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo – Unitri; Especialista em Saúde pública e da família pela UNIASSELVI/ Instituto Passo

⁶ Bacharel em Enfermagem e Professora Especialista do Centro Universitário do Triângulo

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A auditoria teve sua origem na área contábil, e os fatos e registros datam do ano 2.600 a.C.; mas é na Inglaterra a partir do século XII d.C. que essa técnica é designada como auditoria.

Na área da saúde, a auditoria tem seus primeiros vestígios em 1918, nos Estados Unidos na cidade de Nova York, num trabalho realizado pelo médico George Gray Ward. Nesse trabalho foi realizada a verificação da qualidade da assistência prestada ao cliente através dos registros contidos no seu prontuário. Mas, no entanto foi em 1928, com Thomas Panton, que o serviço de auditoria passou a ser planejada, tornando-se um fator de grande importância para o seu desenvolvimento.

Na década de 50, especialmente em 1955, surgiu um dos primeiros trabalhos de auditoria em enfermagem, desenvolvido no Hospital *Progress*, nos Estados Unidos. No Brasil, tanto na prática médica como de enfermagem a auditoria inicia os seus primeiros passos e tentativas modestas de implantação, também a partir dessa década. Desde meados da década de 50 tem sido publicado vários artigos sobre a avaliação do trabalho da equipe de enfermagem e especificamente sobre “auditoria em enfermagem” (POSSARI, 2005, p.193).

Um dos momentos que mais se observou a relevância da implantação da auditoria foi na década de 70, quando começaram surgir fraudes e desvios financeiros do Sistema Previdenciário Brasileiro e na Medicina Supletiva. Mediante as constatações dessas fraudes, as instituições perceberam a necessidade de implantar a auditoria médica e de enfermagem para controle de contas e aplicá-la a todas as modalidades de assistência.

Em 1983, no Hospital Universitário da USP, foi implantada a auditoria do processo, constituindo-se numa atividade pioneira em hospital público. Esse processo fundamenta-se nos padrões de assistência de enfermagem determinados na instituição, que são as normas do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE). Na área hospitalar, pode-se verificar que na rede pública predomina a auditoria de cuidados e nas instituições privadas, a auditoria de contas (POSSARI, 2005, p.193).

A auditoria em enfermagem fundamenta-se na assistência da qualidade, por profissionais que não estejam diretamente na execução, para determinar se a assistência prestada está de acordo com os padrões considerados aceitáveis.

Trata-se da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do cliente “in loco” e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar cobrados, garantindo um pagamento justo mediante a cobrança adequada. (MOTTA, 2003).

As finalidades da auditoria são as de identificar áreas de deficiência em relação ao serviço e à assistência de enfermagem prestada; fornecer dados para melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem; obter dados para elaboração de programas de treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermagem; garantir a qualidade dos registros da assistência de enfermagem e subsidiar a ação de novos programas assistenciais, reelaborar os existentes e auxiliar no controle financeiro.

Os estudos pesquisados sobre auditoria de enfermagem identifica dois métodos: a auditoria retrospectiva ou avaliativa e a operacional ou concorrente. A auditoria retrospectiva é realizada após a alta do paciente, em que se utiliza o prontuário para avaliação. Os dados obtidos não reverterão em benefício desse paciente diretamente, mas sim, para assistência de forma global. Esta é a auditoria de contas hospitalares na qual é feita uma examinação analítica e pericial que segue o desenvolvimento das operações

contábeis desde o início até o balanço, com o objetivo de analisar se o custo final do atendimento está de acordo com o atendimento prestado, garantindo o pagamento justo pelas operadoras de saúde (PEREIRA, TAKAHASHI, 1991; SÁ, 1998 apud POSSARI, 2005).

A auditoria operacional ou concorrente é feita enquanto o paciente está hospitalizado ou em atendimento ambulatorial, sendo orientada para uma revisão de cuidados prestados, dentro de um esquema preventivo de resultados finais de melhor qualidade, sendo feita por intermédio da auditoria em qualidade assistencial, que verifica a qualidade da assistência prestada por meio da inspeção, avaliação e implantação de protocolos e da anotação de enfermagem (PEREIRA, TAKAHASHI, 1991 apud POSSARI, 2005).

Nos dias atuais a auditoria de enfermagem é realizada de acordo com o método avaliativo, uma vez que tem-se trabalhado muito a auditoria como instrumento de controle financeiro a fim de garantir a sustentabilidade da instituição.

Na auditoria hospitalar segundo Scarparo (2005 apud POSSARI, 2005), são verificados os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros focalizados na qualidade da assistência prestada ao paciente. A auditoria geralmente é composta por diferentes profissionais, que realizam a análise qualitativa e quantitativa do prontuário do paciente previamente ao faturamento e posteriormente a ele, verificando as glosas efetuadas e redigindo relatórios finais para tomada de decisão.

O prontuário do paciente é o principal instrumento utilizado tanto para auditar as contas hospitalares, quanto futuramente, auditar a qualidade da assistência prestada. Ele é o único instrumento de análise que se tem pra avaliar e fiscalizar o que ocorre com o paciente durante a sua internação. É através desses dados que é feita a cobrança dos pacientes ou convênios.

As glosas, que são a diferença entre os itens e valores cobrados e os efetivamente pagos, ou que não foi usado durante a estadia do paciente na instituição, podem ser por vários motivos, tais como: falta de checagem, medicações se necessário ou a critério médico, ausência de relato da enfermagem, curativos feitos sem relatos de extensão e características das feridas, medicações administradas que não são condizentes com o diagnóstico do paciente, etc. Para que não ocorra a glosa é necessário alguns critérios como: conhecer contratos e tabelas, organizar prontuário e seus anexos, melhorar as prescrições e evolução médica, manter o registro de enfermagem completo, através de treinamento regular de pessoal e melhorando a comunicação interna dentro da instituição hospitalar e externa com as auditoras das seguradoras de saúde. Mas se por algum motivo ocorrer a glosa, a instituição tem o direito de rever e recusar o item glosado, justificando o seu uso que pode ter passado despercebido pelo convênio e este pode acatar se concordar com o recurso. Em caso de conta particular, o cliente, usando o seu direito de acesso ao prontuário, pode recusar a pagar algum item da conta que não foi usado durante a sua estadia na instituição.

Hoje, com o maior acesso da população aos seus direitos, pode-se observar ainda a insatisfação dos clientes em relação ao atendimento que recebem nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados. Apesar disso, algumas instituições não fazem muito para mudar esta situação pelo simples fato de acharem que seus serviços são de excelente qualidade.

“Percebe-se através de noticiários veiculados em jornais, revistas, e até mesmo por experiência própria, que um grande número de pacientes, estão insatisfeitos com os serviços oferecidos nos hospitais públicos, e também nos privados. A cada dia que passa, estes clientes estão mais convictos dos seus direitos, sentindo-se “senhores” de seu poder de compra e exigindo assim, o grau máximo de excelência por aquilo que estão pagando.

A realidade é que algumas instituições não oferecem suporte e nem exigem a “perfeição” da qualidade dos serviços prestados à seus clientes, devido a suposta ideia de que seus produtos fornecidos já estão entre os melhores” (MARAN, 2004).

“Diante desses problemas, alguns hospitais preocupados com a qualidade, estão utilizando a auditoria e contratando empresas credenciadas, no intuito de padronizar todo atendimento prestado àqueles que procuram os seus serviços, a fim de alcançar a ISO 9000, a qualidade total, a Acreditação Hospitalar” (MARAN, 2004).

Antes da implantação da auditoria de enfermagem nas instituições hospitalares observava-se uma nítida falta de registros que permitissem a visualização da qualidade das atividades exercidas pela enfermagem. A ausência de descrição geral do paciente no período de sua admissão, permanência e alta impedia muitas vezes, a identificação do seu estado clínico e sua evolução, pois esses registros eram deficientes, repetitivos e sem continuidade. Além disso, a falta de normas e padrões no serviço de enfermagem permitia a execução de técnicas e procedimentos incorretos durante a assistência, tornando mais difícil o fechamento das contas hospitalares gerando discordância no pagamento destas pelas operadoras de saúde.

“Destá forma, para mudar este paradigma, é necessário que haja uma transformação a cada dia, ou seja, uma lapidação dos ínfimos detalhes da assistência prestada, através da auditoria da assistência de enfermagem, no intuito de moldar e obter o máximo de satisfação e apreciação daqueles em que a própria instituição necessita: os clientes” (MARAN, 2004).

Considerando que o prontuário do paciente é o instrumento institucionalizado legal de comprovação das atividades dos profissionais, observa-se a importância que o relatório de enfermagem representa para o paciente e para a instituição de saúde e principalmente para a defesa legal dos profissionais de enfermagem. É através das informações contidas no relatório de enfermagem que se pode avaliar a qualidade da assistência prestada de uma maneira geral já que ele relata parte dos gastos efetuados com o paciente, fornecendo dados para cobrança das contas hospitalares.

É nesse contexto que a auditoria toma seu lugar no intuito de, diariamente, buscar o problema, planejar ações, executá-las e avaliar os resultados. Com a implantação da auditoria, os benefícios atingem várias esferas da assistência, começando pela equipe de enfermagem e seus serviços, passando pelos clientes e pela instituição.

“Acredita-se que quando todos os integrantes da equipe de enfermagem, desde o nível operacional até o mais alto nível hierárquico começar a perceber o problema, diagnosticar e analisar o mesmo, elaborar planos de ações, desenvolver estratégias, executar o que se planejou e avaliar os resultados, com feedback ativo, o serviço de auditoria bem como os valores da organização serão criados e agregados com uma margem de sucesso diante de um mercado tão competitivo” (MARAN, 2004).

Fonseca, A. da Silva et. al. (2005) afirmam que a auditoria de qualidade pode ser realizada a partir da implantação de indicadores a fim de mobilizar a equipe assistencial na reversão dos resultados; realizar planejamento conjunto das ações através de reuniões com as chefias da auditoria e da área assistencial e diretoria, focar no treinamento com base nos protocolos pré-estabelecidos e na Sistematização da Assistência de Enfermagem, identificar os responsáveis pelas não conformidades e orientações sobre a não reincidência dos problemas encontrados, porém se houver reincidências, comunicá-los por escrito para que haja mais atenção da equipe quanto ao comprometimento firmado.

Para realizar avaliação dos resultados desse processo faz-se a auditoria *in loco* acompanhando o colaborador em suas atividades e obtém-se informações do paciente e família que o tenha acompanhado durante toda a sua estadia na instituição quanto a sua percepção do cuidado prestado e sugestões.

Assim, auditoria tem a finalidade de fazer comparação entre a assistência prestada com os padrões definidos. Sendo assim, a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem tem-se configurado uma necessidade de revisar e modificar a prática e o papel do profissional de enfermagem no sentido de imprimir uma nova característica a sua atuação.

É de responsabilidade privativa do enfermeiro, atualizar seus conhecimentos de acordo com os padrões de assistência estabelecidos na instituição, estando apto a fornecer atualização permanente à equipe para que seus integrantes sigam este padrão tanto na assistência quanto na qualidade das anotações.

Dessa maneira, constata-se a importância da auditoria em uma instituição de saúde a fim de garantir um atendimento de forma padronizada e de qualidade para que se possa alcançar os objetivos esperados.

Num futuro próximo a palavra auditoria, perante a enfermagem será utilizada a fim de garantir a qualidade dos serviços prestados a seus clientes. O controle de qualidade envolve o estabelecimento de padrões baseados em um modelo de cuidado que deve ser utilizado como um instrumento de medida necessitando ser passível de mensuração atingível e que sirva de guia aos profissionais (POSSARI, 2005).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo pode-se concluir que com a implantação da auditoria de enfermagem em uma instituição privada de saúde obtêm-se melhorias em várias esferas do processo hospitalar. A equipe de enfermagem passa a seguir um padrão de assistência na qual se têm objetivos a seguir e metas a alcançar, o que faz o profissional saber realmente o que realizar e fazê-lo com qualidade e segurança tornando o trabalho mais sistematizado, possibilitando a distribuição justa de tarefas sem acarretar prejuízo ao profissional. Faz com que ele se entusiasme pelo seu trabalho e seja reconhecido pelos clientes, melhorando cada vez mais a assistência e o bem estar dos profissionais. O paciente também é beneficiado porque os serviços prestados a ele serão sempre de qualidade, eficientes e eficazes e assim iremos conseguir atingir sua satisfação, além do período de internação ser reduzido. A instituição que utiliza a auditoria como método de controle e avaliação da assistência obterá resultados significativos tendo uma equipe sempre pronta para atuar; clientes satisfeitos e seguros com o serviço prestado, o que tenderá a ampliar a clientela; obtenção de maior lucratividade, uma vez que uma equipe treinada diminui os desperdícios com materiais, medicamentos e traz qualidade nos relatórios com informações necessárias. Diante do exposto, sugere-se que, juntamente com o processo de auditoria, seja implantada a educação continuada no cotidiano da enfermagem com o intuito de aperfeiçoar e garantir que os objetivos desejados com a implantação da auditoria sejam alcançados.

REFERÊNCIAS

FONSECA, A. da S., et. al.. **Auditoria e o uso de indicadores assistenciais**: uma relação mais que necessária para a gestão hospitalar.

MARAN, Edilaine. **Auditoria da assistência de enfermagem**: influência na qualidade dos serviços prestados. Maringá, PR, 2004.

CRUZ, Aída U.; SILVA, Edméia Costa e. **Comunicação, pesquisa e documentação de trabalhos acadêmicos em enfermagem**. Uberlândia, MG, 2005.

MOTTA, Ana Letícia Carnevalli. **Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e operadoras de planos de saúde**. 3 ed. São Paulo: Iátria, 2006.

POSSARI, João Francisco. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. In.: **O processo de auditoria em enfermagem**. Ed.. São Paulo: Iátria, 2005.

O CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DA REDE DE SAÚDE DO BAIRRO NOVO JARDIM UNAI MG A CERCA DO DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO

ROSA, Amanda Sousa¹
CARDOSO, Ana Paula Ferreira²
ARRUDA, Jayne Machado Pacheco³
LÚCIO, Renata Silveira⁴

RESUMO: Uma das formas de se estabelecer um cuidado mais humanizado é fazer valer os direitos do paciente. O objetivo dessa pesquisa foi identificar o conhecimento dos usuários cadastrados na unidade básica de saúde do Bairro Novo Jardim com histórico de internação hospitalar acerca dos direitos de acesso ao prontuário “médico”. Com os seguintes objetivos específicos verificar o interesse do usuário em conhecer o seu prontuário; detectar se os usuários têm conhecimento a respeito de seus direitos ao acesso ao prontuário e ressaltar as dificuldades encontradas pelos pesquisados quanto ao acesso ao prontuário. Os resultados apontam que os entrevistados tem conhecimento da definição do prontuário, porém, desconhecem o seu direito de acesso a esse documento. Conclui-se, que ainda existem poucas discussões relacionadas ao direito de acesso ao prontuário, o que gera a falta de informações para a população, e que grande parte dos pacientes desconhecem os seus direito de acesso.

Palavras-Chave: Paciente. Prontuário. Acesso

1. INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar se desenvolvem diversas atividades, que devem ser realizadas de maneira que favoreçam a harmonia do ambiente, isto envolve os profissionais de especialidades diversificadas, abrangem condições humanas, técnicas, físicas, biológicas e sociais. Portanto, para se atingir os resultados esperados, é necessário que a atuação profissional aconteça em perfeita consonância. (CAMELO, 2011).

Segundo Tavares e Pawlowytsch (2013), existem diversos fatores que geram situações de sofrimento e desconforto no processo de hospitalização. A pessoa quando percebe que está num processo de adoecimento e precisa ser hospitalizada começa a sentir diversas emoções, e entre elas a vulnerabilidade é a mais frequente.

7

Em relação aos direitos dos pacientes, é importante ressaltar que entre eles está o direito de acesso ao prontuário médico do paciente, que de acordo com Santos e Freixo (2011) deve conter todo o histórico sobre os procedimentos realizados, anamnese e evoluções. É um documento exclusivo do cliente, e nele estão descritas informações importantes sobre o estado de saúde deste indivíduo, portanto, devem ser disponibilizados a ele quando solicitado.

¹Acadêmica do curso de Direito da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unai – FACTU.

²Acadêmica do curso de Direito da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unai – FACTU.

³Acadêmica do curso de Direito da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unai – FACTU.

⁴Enfermeira graduada pela Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre/MG, Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade Paulista, Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília.

Neste contexto, a problemática dessa pesquisa norteia o seguinte questionamento: Qual o conhecimento dos usuários residentes do bairro Novo jardim em Unai-MG em relação informações e acesso ao prontuário? Para tanto elaborou-se como objetivo geral: identificar o conhecimento dos usuários cadastrados na unidade básica de saúde do bairro Novo Jardim com histórico de internação hospitalar acerca dos direitos de acesso ao prontuário “médico”. Apresenta os seguintes objetivos específicos: verificar o interesse do usuário em conhecer o conteúdo do seu prontuário; detectar se os usuários têm algum conhecimento a respeito de seus direitos ao acesso ao prontuário e ressaltar as dificuldades encontradas pelos pesquisados quanto ao acesso ao prontuário.

O conhecimento é a melhor forma de empoderamento de uma população. Produzir maneiras de explorar determinados assuntos e ainda disseminá-los, possibilita maior amplitude de visão sobre aspectos relevantes do cotidiano e resultam em maior qualidade de vida para todos. Discutir os direitos relacionados ao atendimento em saúde significa produzir novas formas de pensar e de agir e assim fortalecer esta parte carente da sociedade.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O PRONTUÁRIO MÉDICO: CONTEXTO HISTÓRICO

O prontuário médico teve início com Hipócrates, no século V a.C. quando ocorreu a institucionalização da Medicina Científica, em razão da importância de se registrar todas as informações pertinentes ao paciente, esses registros continham as anotações sobre o curso da patologia, e relatava o que poderia ser o causador de tal doença. (TONELLO; NUNES; PANARO, 2013). Torres, (2011) ressalta ainda que neste século Hipócrates encarregava os médicos para que elaborassem anotações sobre os cuidados que eram prestados e que relatassem com exatidão o percurso da doença. De acordo com Patrício et al, (2011) o termo prontuário tem origem do latim *promptuarium*, que quer dizer “manual de informações úteis” ou “ficha que contém os dados pertinentes de uma pessoa”.

No Brasil, o prontuário individual foi introduzido no ano de 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, a partir de estudos realizados nos Estados Unidos sobre sistemas de arquivos e anotações médicas, essas pesquisas contribuíram para inserir o sistema na Previdência Social utilizado em âmbito nacional. (SANTOS; FREIXO, 2011).

2.2. PRONTUÁRIO MÉDICO: CONCEITO

Mesquita e Deslandes, (2010) definiram o prontuário como um instrumento que possibilita o registro de todos os procedimentos realizados pelos profissionais, que aborda linguagens, relações de saberes e o exercício dos profissionais que compõem a multidisciplinaridade de uma equipe. Segundo Sampaio (2010), o prontuário médico é um documento que transpõe as atividades de assistência, atividade médica, ensino, pesquisa, controle administrativo e acompanhamento jurídico. Ele é um instrumento de comunicação entre os setores de serviço da unidade e ainda entre o paciente e instituição, além de um conjunto de informações que proporciona conhecimento sobre intervenções terapêuticas administradas, ou seja, é um meio seguro de conhecer a história do paciente.

Molina; Lunardelli (2010) que o prontuário é caracterizado como aglomerado de informações que são fornecidas por meio de acontecimentos, situações e fatos gerados de acordo com a saúde do paciente e o cuidado dispensado ao mesmo. Essas informações

devem ser sigilosas de caráter científico e legal. Esses registros possibilita a continuidade de tratamento e monitoramento da evolução do quadro clínico, identificando se há ou não melhoria do caso, e apontar novas patologias que podem surgir durante o tratamento. Os prontuários dos pacientes devem ser organizados e preenchidos de maneira concisos e objetivos de forma que facilite a localização e identificação. Esses documentos são base de dados para avaliação do cuidado prestado pela saúde. (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008).

As instituições que contam com profissionais capacitados e que mantêm o registro de seus pacientes em dia, com anotações bem elaboradas, proporciona maior número de atendimentos, levando em conta a redução de gastos com procedimentos repetitivos, exames complementares e o tempo de estadia no hospital. (TONELLO; NUNES; PANARO, 2013).

2.4. DIREITO DE ACESSO AO PRONTUÁRIO

A lei de acesso à informação nº 12.527/11 tem o objetivo de garantir acesso às informações, e restringe o acesso, somente às pessoas que necessitem conhecê-las. (TONELLO; NUNES; PANARO 2013).

O acesso à informação é um direito fundamental concedido pela Constituição Federal do Brasil, porém há diretrizes que condicionam o acesso, desde a liberação, aos casos de restrição ou sigilo em virtude do teor documental. (BIOLCHINI, BOTAO 2015).

Todo paciente ou seu representante legal tem o direito de solicitar e receber cópia do respectivo prontuário médico. Esse direito está previsto no Código de Ética Médica e no Código de Defesa do Consumidor. De acordo com Conselho Nacional Justiça (CNJ) e o Código de Defesa do Consumidor no artigo 72, o prestador de serviço que “impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registros” estará sujeito a uma pena de seis meses a um ano de detenção ou multa. (CNJ, 2015). Segundo Patricio et al (2011) o tempo de armazenamento dos prontuários deve seguir a Resolução 1.821/2007, do Conselho Federal de Medicina, que determina o prazo mínimo de 20 anos a partir do último registro, para a preservação dos mesmos, usar suporte de papel ou caso se estabeleça na instituição o uso da sistematização, todos deverão ser digitalizados.

O prontuário médico trata-se de um documento, com informações sigilosas a respeito de todos os clientes atendidos em uma unidade de saúde, o qual deve ser mantido sobre cuidados evitando extravios e troca de informações por pessoas não autorizadas, no qual deve ocorrer somente com os profissionais de saúde, parentes com autorização e o próprio cliente. E um direito do cliente ter acesso às informações armazenadas em seu prontuário, somente não é permitido sua disponibilização para cópias ou até mesmo levar para casa. O acesso à informação é um direito garantido pela Constituição Federal do Brasil. (CONSTITUIÇÃO, 1988).

3. METODOLOGIA

Para este estudo foi utilizado o método com abordagem qualitativa sustentada por pesquisa bibliográfica e documental. Ferreira, (2015) relata que a pesquisa qualitativa proporciona aos pesquisadores a identificar e analisar as falas dos entrevistados, esse tipo de análise é importante para se entender a realidade e dificuldades vivenciadas compreendendo os comportamentos dos indivíduos envolvidos.

De acordo com Pizzaniat et al, (2012) a pesquisa bibliográfica ou documental abordam as teorias principais para elaboração de um trabalho científico. Nesse contexto

a um levantamento bibliográfico realizado por meio de livros, revistas, artigos científicos, jornais, sites e outras fontes. Essa pesquisa documental procura a resolução de um problema com bases de referenciais que já foram discutidos, analisados e publicados. Quanto aos seus objetivos serão exploratórios e descritivos.

A pesquisa abrange a área da saúde, no âmbito da enfermagem, voltada para a linha de pesquisa de enfermagem médico cirúrgica com intuito de identificar o conhecimento de pacientes que permaneceram internados em um dado período de tempo sobre o direito de acesso ao prontuário.

Este trabalho ocorreu sob a responsabilidade das pesquisadoras Amanda de Sousa Rosa; Ana Paula Ferreira Cardoso e Jayne Machado Pacheco Arruda sob a orientação da professora pesquisadora Renata Silveira Lúcio. Conforme a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa respeitou a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade.

Este estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro Novo Jardim, localizada na Rua José Durães Versiane, nº 107, no município de Unaí-MG. A unidade é composta por 06 agentes de saúde, 02 técnicos de enfermagem, 01 enfermeira e 01 médico. São realizados atendimentos médico em geral enquanto a enfermeira realiza consultas para pré-natal, puericultura, vacinas, exames de Papanicolau, entre outros. Essa unidade de saúde foi escolhida por apresentar maior número de pessoas com histórico de internação por um maior período de tempo e também pela disponibilidade da enfermeira em fornecer informações pertinentes à pesquisa.

Aos participantes foram garantidos esclarecimentos sobre os objetivos e importância deste estudo, ressaltou-se também seu direito ao sigilo e privacidade e a liberdade em recusar-se a participar ou em cancelar seu consentimento sem penalização ou qualquer prejuízo. A autorização para aplicação dos questionários foi dada pela Enfermeira Cristina Souto mota responsável pela unidade de saúde, que indicou a população que se adequava nos requisitos necessário para o levantamento de dados.

Assim, realizaram-se, visitas domiciliares individuais para aplicação dos questionários. A coleta de dados se fez no Bairro Novo Jardim no município de Unaí, no ano de 2017, a partir de questionário semiestruturado contendo 08 questões que abrangiam alguns dados sócio demográficos, período de internação e os conhecimentos acerca do direito de acesso ao prontuário. As informações coletadas foram de paciente que permaneceram internados por um período maior que 04 dias.

A população amostra dessa pesquisa foi composta por 08 pessoas pertencentes ao bairro Novo Jardim que é acolhido pela Estratégia de Saúde da Família. Foram incluídos apenas os indivíduos com histórico de internação superior a 04 dias no período de 2010 a 2017, de ambos os sexos e com idade superior a 18 anos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi impresso em duas vias, uma para pesquisado e outra para os pesquisadores. Com intuito de atingir um dos objetivos que é de informar os entrevistados os seus direitos legais sobre o conteúdo dos prontuários. Foi entregue um folheto explicativo contendo a lei que permite o direito de acesso ao prontuário médico.

Para a análise dos dados, foram separadas as informações coletadas em categorias de acordo com a temática para serem discutidos, posteriormente embasados em estudos já analisados e publicados por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. O artigo apresentado terá como requisito parcial de nota na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica e apresentação Colóquio da saúde: Conversando sobre os direitos humanos do paciente. A construção deste trabalho revela à sociedade a importância em conhecer os seus direitos de acesso às informações contidas no prontuário. Busca informar e orientar sobre a relevância dos registros contidos

nesses documentos. Essa pesquisa também tende mostrar aos profissionais a relevância das anotações nos prontuários como meio de se respaldarem legalmente.

4. RESULTADOS: DISCUSSÃO E ANÁLISE

Dos 08 participantes 07 eram do sexo feminino e 01 do sexo masculino. As idades variaram entre 18 a 62 anos. Alves et al (2011) relatam significativa desigualdade pela procura de atendimento em unidades de saúde entre homens e mulheres, o que resulta em índices mais elevados na mortalidade masculina e mostra que as mulheres se preocupam mais com a saúde, portanto buscam mais os serviços hospitalares.

O grau de instrução variou entre os níveis 01 ensino primário, 04 ensino médio, 01 médio técnico, 01 superior incompleto e 01 superior completo. Para Moser (2005) indivíduos com nível de escolaridade avançada são mais capazes de exigir melhor atendimento e por consequência avaliar com mais precisão os tratamentos e procedimentos que são realizados.

O tempo de permanência em ambiente hospitalar é um indicador da qualidade de serviço prestado no cuidado com o paciente. (RUFINO ET AL, 2012).

Foi possível perceber, nesta amostra, que apesar de não se abordar o motivo da internação, durante a aplicação do questionário observou-se que o tempo de internação está relacionado aos motivos que levaram estes indivíduos a se internarem e o tipo de tratamento que foi dado a eles.

Para primeira pergunta que buscou investigar como o entrevistado define prontuário médico, foi possível elaborar 02 categorias de acordo com as respostas obtidas.

Categoria I: Registro de procedimentos e tratamentos

A respeito da definição de prontuário os entrevistados 01, 06, 07 e 08 discorrem sobre registros dos procedimentos e tratamentos.

E1 “local onde se fica registrado todos os procedimentos realizado com o paciente durante internação ou consulta. Ex: Remédios, exames...”

E6 “é o registro do paciente dentro de um hospital que contém informações sobre o tratamento e procedimento no ato da internação.”

Torres (2011) aponta que o prontuário médico do paciente se caracteriza como um conjunto de documentos, nos quais se encontram todas as informações detalhadas acerca da vida clínica e hospitalar dos indivíduos.

Categoria II: Anotações médicas

exclusiva do médico.

E3 “prontuário médico e um relatório que o médico faz sobre o estado de saúde que se encontra o paciente”.

E4: “onde o médico relata seu diagnóstico.”

Segundo Galvão (2012) os registros não devem ser tratados como sendo apenas do médico, o prontuário é de toda equipe multiprofissional portanto deverá haver relação entre todos eles.

Categoria III: Método de organização

Apenas um entrevistado definiu o prontuário como um método de organização.

E2 “é a soma de todas as informações a respeito do paciente. Tem por objetivo organizar todos os procedimentos.”

De acordo com Botelho (2014) para se alcançar bons resultados é necessário que haja uma organização, o prontuário organizado e bem elaborado auxilia a equipe de saúde para uma melhor comunicação.

A segunda pergunta teve como objetivo identificar se esses indivíduos conhecem seu direito de manusear e ler as informações contidas em seu prontuário, as respostas possibilitaram a elaboração de 02 categorias.

Categoria IV: Desconhecem seus direitos de acesso ao prontuário

De acordo com os resultados obtidos os objetos de estudos 01, 02, 03, 05, 06, 07 relatam não ter conhecimento do direito de acesso ao prontuário.

E1 “Eu enquanto paciente ainda conheço muito pouco sobre esse direito pois essa questão é muito pouco comentada entre a população.”

E6 “Até então eu desconheço meus direitos de acesso ao meu prontuário.”

Em uma pesquisa realizada com 22 pessoas sobre o conhecimento dos usuários do sistema de saúde, ao serem questionados sobre seu conhecimento do direito de acesso as informações contidas nos prontuários, 91% dos entrevistados relataram não conhecer esses direitos. A falta de conhecimento é grande e os pacientes apenas aceitam o que é dito pelos profissionais. O conhecimento acerca dos direitos dos indivíduos deve ser propagado entre a população, assim todos saberão sobre o que devem e podem cobrar. (LEITE, 2010).

Categoria II: Tem conhecimento sobre o direito de acesso ao prontuário.

Somente os entrevistados 08 e 04 relatam ter conhecimento adequado sobre seus direitos de acesso ao prontuário.

E4 “Sei que o paciente tem direito a esse acesso mais não é simples e fácil de conseguir isso numa unidade saúde.”

E8 “Sei que tenho o direito de saber quais medicamentos estou tomando.”

O Art. 88 do Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma que “... é vedado ao médico negar ao paciente acesso ao seu prontuário, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros...” (MOYA, 2012).

A terceira pergunta buscou saber se em algum momento houve interesse, por parte do entrevistado, em ter acesso ao seu prontuário, e diante deste interesse, como foi a reação dos profissionais. Com base nas respostas foram elaboradas duas categorias.

Categoria I: Não tiveram interesse em ter acesso ao prontuário

Os entrevistados 02, 03, 04, 06, 07, disseram não ter interesse em ver o conteúdo do seu prontuário.

E3 “Não. Sempre achei aqueles papéis ficavam somente com eles.”

E7 “Não. Devido a não ter nenhum conhecimento.”

E2,4,6 “Não tive interesse.”

Tempos atrás, a relação entre médicos e pacientes se dava de maneira unidirecional, na qual o médico assumia a postura de provedor de condutas e o paciente assumia o papel de demonstrar respeito e confiança, cabendo a ele, somente acatar os diagnósticos e tratamentos propostos ou ficar sem atendimento. Ainda hoje grande parte da população por falta de conhecimento não conhece seus direitos, e apenas aceita o que e lhes passado. (CASTRO, 2014).

Categoria II: Tiveram interesse em acesso ao prontuário

Os entrevistados 01, 05 e 08 buscaram, em algum momento, conhecer o conteúdo do seu prontuário.

E1 “Sim. Porque tive dúvidas sobre um certo medicamento que me foi receitado.”

E8 “Sim para saber que remédio eu estava tomando mais a enfermeira só me deu a resposta.”

As pessoas somente têm interesse em seus prontuários em casos de reclamações por cobranças indevidas, medicamentos receitados, exames e erros que causaram danos à saúde. (FERREIRA, 2001).

O prontuário é a forma legal de provar todas as ações realizadas, Messetti (2014) afirma que todos os questionamentos que o paciente referir deverão ser esclarecidos e em casos de suspeita de erro profissional o prontuário deverá ser exigido como fonte de prova.

A quarta pergunta visou identificar as dificuldades encontradas para ter acesso ao prontuário, e como ela foi solucionada. De acordo com as resposta 02 categorias foram formuladas.

Categoria I: Dificuldade pelo desinteresse dos profissionais em mostra o prontuário

Os entrevistados 05, 08 relataram dificuldades em ter acesso, por falta de interesse dos profissionais em lhes mostrar o prontuário.

E5 “Foi difícil pelo fato de acharem ruim, mais logo me mostraram e não importaram mais.”

E8 “Não tive acesso porque os enfermeiros (as) mostraram má vontade de mostrar.”

Um fator que leva a descontentamento no ambiente de saúde é o desrespeito dos profissionais com os pacientes em atender suas solicitações. Esses problemas acontecem, geralmente, tanto com médicos como com enfermeiros e que por negligencia não cumprem os direitos garantidos aos pacientes. (KREISCHER, 1996).

Categoria II: Falta de conhecimento e desinteresse pelo conteúdo do prontuário

Os entrevistados 01, 02, 03, 04, 06 e 07 demonstraram não terem tido dificuldades, pois sequer tiveram interesse ou tinham algum conhecimento sobre o assunto.

E1 “A maior dificuldade foi pela falta de informação em saber se era ou não um direito meu ter acesso ao prontuário mais após conversa com a equipe eu tive acesso ao prontuário.”

E6 “Não tive acesso ao meu prontuário até mesmo por não ter conhecimento aos meus direitos.”

E7 “Por não ter conhecimento não me interessei.”

De acordo com a Constituição Federativa do Brasil de 1988 em seu artigo 5º XIV, em que “é assegurado a todos o acesso a informações e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional. Esse artigo procura garantir as pessoas o acesso e direitos as informações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização desse trabalho foi possível concluir que ainda existe poucas discussões relacionadas ao direito de acesso ao prontuário médico, o que pode gerar a falta de informações para a população. O objetivo do trabalho foi alcançado conseguimos identificar o conhecimento dos usuários acerca do direito de acesso ao prontuário, porém o resultado não foi totalmente satisfatório todos os participantes mostraram conhecer o significado de prontuário médico, abordando qual o seu conceito. No entanto grande parte não sabia sobre o seu direito e por esse motivo não tinham interesse de pedir a equipe para que fosse mostrado, em alguns casos houve queixa de que os profissionais reagiram de forma inadequada no momento da solicitação do documento. Como foi abordado durante o recorrer da pesquisa o acesso ao prontuário é direito do paciente e pode ser requerido em qualquer momento, desde que seja entregue diretamente ao paciente ou em caso de falecimento a família pode entrar com pedido judicial para aquisição. O prontuário contém todas as informações do paciente desde a anamnese, aos exames realizados e todos os procedimentos até o momento do paciente deixar a unidade, ainda serve como meio de comunicação entre a equipe, por isso deve ser guardado de maneira a ter fácil acesso aos profissionais, e em sigilo das outras pessoas. Finalizamos assim realçando a importância da propagação dos direitos dos pacientes, através de pesquisas e documentários que sejam publicados e repassados a população.

REFERÊNCIAS

BOTELHO, Fernanda Rebouças. **Organização e conscientização da importância do prontuário como ferramenta na assistência ao paciente na unidade de saúde Palmital em Lagoa Santa, Minas Gerais**. 2014. 35f. Monografia- (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 13 Mar. 2017 .

CAMELO, Silvia Helena Henriques; **O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa**. CogitareEnferm. 2011 Out/Dez; São Paulo, 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/19977> Acesso em: 03 mar. 2017.

CNJ Serviço: Todo **paciente tem direito à cópia do prontuário médico**. 2015.
Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80919-cnj-servico-todo-paciente-tem-direito-a-copia-do-prontuario-medico>

CASTRO, Eduardo Moraes; **A internet como interface na relação médico-paciente: aliada ou inimiga?**. 25.ed Edição do Concurso de Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica do Conselho Regional de Medicina. Paraná, 2014.
Disponível em:
<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/698/681>
1 Acesso: 03 mar. 2017

FERREIRA, Angelo Mazzuchi Santana. **O acesso do ministério público aos prontuários de saúde e o sigilo atribuído a tais documentos**. PJ/Saúde Pública/Cascavel. Universidade Paranaense Campus de Umuarama/PR. 2001.
Disponível em:
www.ceaf.mppr.mp.br/arquivos/File/teses2011/Angelo_Mazzuchi_01.doc. Acesso em 07 maio 2017.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa. **Prontuário do paciente**. Inf. & Soc. João Pessoa, v.22, n.2, p. 173-174, maio/ago. 2012. Disponível em: periodicos.ufpb.br Acesso em: 20 abr 2017.

KREISCHER, Elaine Diana; ALONSO, Patricia de Abreu P; SALLES, Patricia de Mello; RAMOS, Raquel de Souza. **Os direitos do paciente segundo o posicionamento de médicos e enfermeiros** - pesquisa exploratória. R. Bras. Enferm. Brasília, DF, v. 49, n. 4, p. 625-638, out./dez. 1996. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 19 abr 2017

LEITE, Renata Antunes de Figueiredo. **Direito a informação em saúde: Análise do conhecimento do paciente acerca dos seus direitos**. 2010. 119f. Dissertação – (Mestrado em Ciências Programa enfermagem em psiquiatria) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2010. Disponível em: www.teses.usp.br Acesso em: 28 mar. 2017.

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. **A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.664-673. 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300017
Acesso em: 07 mar. 2017.

MESSETTI, Paulo André. **O direito de ser informado e de ter o seu consentimento prévio e esclarecido, expressos nos documentos médicos do paciente**. Mestre bioética. Direito USP. Advogado em planos de saúde/seguros. 2014. Disponível em: advocaciasaudepaulomessetti.jusbrasil.com.br. Acesso em: 07 mar. 2017

MOYA, Vanderlei Soares. **Prontuário do paciente tempo de guarda**. Dezembro 2012. Disponível em: homologacaoportal.saude.sp.gov.br. Acesso em: 10 abril 2017.

SANTOS, Nanci Moreira dos; FREIXO, Aurora Leonor. **A gestão do prontuário do paciente com ênfase na atuação da Comissão de Revisão de Prontuários**. III SBA –

Simpósio Baiano de Arquivologia.2011 – Salvador. **Artigo.** Bahia, BA Políticas arquivísticas na Bahia e no Brasil. 2011.

Disponível em:<http://www.arquivistasbahia.org/3sba/wp-content/uploads/2011/09/Santos-Freixo.pdf> Acesso em: 08 mar. 2017.

TAVARES, Aiessa Talita; PAWLOWYTSCH; Pollyana Weber da Maia. **Percepção dos pacientes sobre sua permanência em uma unidade de terapia intensiva.** Saúde Meio AmbientRevista interdisciplinar. v. 2, n. 2, p. 32-43, dez. 2013 . Disponível em: Acesso em: 06 de mar. 2017.

TONELLO, Izângela Maria Sansoni;NUNES, RisiaMeressa da Silva; PANARO Aline Peres. **Prontuário do paciente: a questão do sigilo e a lei de acesso à informação.** Inf. Inf. Londrina, v. 18, n. 2, p. 193 – 210, maio/ago. 2013. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/informação>. Acesso em: 03 de mar. 2017.

ATLETISMO COMO CONTEÚDO DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR NO ENSINO FUNDAMENTAL SÉRIES FINAIS NA CIDADE DE UNAÍ - MG

SOARES, Fernando Andrade⁸

MOREIRA, Gabriel⁹

ANDRADE, Eric Francelino¹⁰

SIMÕES, Graziela Cristina¹¹

RESUMO: O atletismo é um esporte de suma importância para a prática na Educação Física escolar, pois estimula as capacidades físicas naturais do indivíduo, tais como, correr, saltar e arremessar. Mesmo sendo um conteúdo clássico da Educação Física, é possível que essa modalidade ainda seja pouco difundida nas escolas. Desta forma, objetivou-se com o presente estudo verificar os aspectos relacionados ao desenvolvimento do atletismo nas aulas de Educação Física nas escolas públicas de Unaí/MG, do ponto de vista dos professores. Utilizou-se como instrumento um questionário semiestruturado que foi aplicado a 10 professores dos anos finais do ensino fundamental. Observou-se que, quando trabalhada nas escolas, as modalidades do atletismo envolvem principalmente corridas e saltos. Segundo os professores, os principais motivos para a ausência ou pequena quantidade de aulas é a falta de materiais e recursos, bem como a estrutura física inadequada. Concluiu-se que o atletismo é pouco trabalhado nas escolas estudadas. Assim, considerando a importância deste conteúdo para o desenvolvimento global do aluno, sugere-se que este seja incentivado nas escolas.

Palavras-chave: Atletismo escolar. Educação física. Esporte.

1 INTRODUÇÃO

O atletismo é a forma mais antiga de desporto organizado (HYLAND, 2013; KYLE, 2013), sendo considerada uma modalidade de base, que utiliza as habilidades e capacidades físicas naturais do ser humano, como correr, o saltar e o arremessar (AGÁPITO; CORDERO, 2015). Esta modalidade é conteúdo clássico e precursor das demais modalidades esportivas. Porém, percebe-se que é pouco explorada nas escolas e de pouco conhecimento por parte dos alunos (SOUZA et al., 2015).

Popularmente, o atletismo no Brasil muitas vezes é limitado ao período de Jogos Olímpicos e Mundiais (LOPES; MOREIRA, 2016). Entretanto, apesar do cunho competitivo e restrito a grandes eventos mundiais, esta modalidade é um dos conteúdos destacados nos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN's (BRASIL, 1997), juntamente com as lutas, danças, jogos e ginástica.

O atletismo deveria ser uma das primeiras modalidades a ser desenvolvida nas aulas de Educação Física, uma vez que constitui a base para todos os demais esportes (LECOPT; SILVEIRA, 2014). Adicionalmente, o atletismo é uma importante forma de iniciação esportiva na escola, favorecendo o desenvolvimento físico e cultural (OLIVEIRA, 2012). Todavia, mesmo sendo previsto nas diretrizes dos PCN's, é possível que esteja ocorrendo uma decadência na prática desse esporte no currículo escolar (OLIVEIRA, 2012). Devido a isso, procura-se entender porque uma modalidade tão rica

⁸ Educador Físico, Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí (FACTU), Unaí, MG - Brasil

⁹ Prof. Mestre, Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí (FACTU), Unaí, MG – Brasil.

¹⁰ Prof. Doutor, Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí (FACTU), Unaí, MG – Brasil

¹¹ Prof. Mestre, Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí (FACTU), Unaí, MG – Brasil

e importante, na maioria das vezes, não é introduzida no currículo da Educação Física escolar. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi verificar as características relacionadas ao ensino de atletismo nas aulas de Educação Física nas escolas públicas de Unaí-MG, do ponto de vista dos professores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SURGIMENTO DO ATLETISMO

O atletismo surgiu na pré-história, em que os movimentos naturais do homem, (correr, saltar e lançar), eram utilizados como forma de sobrevivência e desta forma aprimoravam ou mantinham a saúde do seu corpo. O homem primitivo, sem meios tecnológicos, era obrigado a caçar seu próprio alimento, em meios a animais perigosos. O uso de paus e pedras, armas para caçar, deu lugar ao lançamento de dardos e pesos. A corrida e saltos eram utilizados para se defender e escapar de presas de animais carnívoros, com isso foi apurando os instintos de correr, saltar e lançar. Havia também grandes guerras entre tribos opostas, em busca de uma liderança, onde eram obrigados a lutar constantemente, na qual seus principais meios de ataque e defesa era a lança (pedaço de madeira pontiagudo), e a corrida, diante disto, o homem foi adquirindo habilidades que posteriormente foram adaptadas para o atletismo. (RUBIO, 2002; PINA, 2014).

Para Rubio (2002) surgiu na Grécia antiga os primeiros jogos organizados, realizados em 776 a.C., na cidade de Olímpia, conhecido como jogos olímpicos.

Na era moderna o esporte ressurgiu, no ano de 1896 numa cerimônia realizada na Sorbonne, em Paris, pelo historiador e pedagogo francês, Pierre de Fredi, conhecido mundialmente por “Barão Pierre de Coubertin”, onde o próprio apresentou um projeto para que realizasse os jogos olímpicos extintos no passado. (REDKVA; FREITAS JUNIOR, 2010)

O atletismo moderno tinha o intuito de melhorar as relações entre os povos, além de ter também, fins pedagógicos, no qual o principal interesse era a formação do caráter do jovem pela prática esportiva, despertando a disciplina, a competição, o domínio do seu próprio corpo a saúde e o espírito em equipe. (REDKVA; FREITAS JUNIOR, 2010).

2.2 MODALIDADES DO ATLETISMO

O atletismo é composto por mais de 20 modalidades, entre elas o atleta necessita, correr, saltar e arremessar, são provas desgastantes que colocam em prova a condição física do atleta. O treino é essencial antes das provas para que o atleta tenha um bom desempenho e menor desgaste físico.

Segundo a IAAF (2017) as provas do atletismo são corridas de velocidade (100m, 200m e 400m rasos); corridas de média e longa distância (800m, 1500m, 5000m, 10.000m e 3000m com obstáculos); corridas com barreiras (100m, 110m, 400m com barreiras) corridas de rua (maratona e meia maratona); saltos (com vara, em extensão, triplo e em altura); lançamentos (disco, dardo, peso e martelo); provas combinadas (heptatlo e decatlo); marcha atlética (20km e 50km); provas de revezamentos (4x100m e 4x400m); corrida cross-country; corrida de montanha e ultra corridas.

De acordo com Matthiesen et al (2005), ainda que pouco conhecido em escolas, não há como negar o conhecimento que as crianças, de alguma forma, possuem quando se refere ao esporte atletismo. Uma proposta de ensino e aprendizagem sugere que o

professor faça um levantamento daquilo que já é conhecido pelas crianças. A sugestão é que se trabalhe em equipe, mesmo sendo um esporte individual, a inclusão é de fundamental importância no ambiente escolar. Quando se trata em um grupo formado com crianças, a melhor maneira de se trabalhar é através de atividades desenvolvidas no campo teórico e prático.

2.3 O ATLETISMO ESCOLAR

Para Gomes (2008) a característica primordial do atletismo está na aplicação de atividades neuromusculares, que devem ser contextualizadas ao longo da interação do aluno com o ensino, sendo de responsabilidade do educador, valorizar o uso das potencialidades de cada um, não sendo vista como uma mera competição com o outro, mas sim com si próprio onde cada um possa superar suas próprias metas com prazer e satisfação.

Segundo Oviedo (2013) o atletismo é uma modalidade base do processo de ensino e aprendizagem e cabe a escola resgatar as práticas pertinentes a esse esporte a fim de garantir uma qualidade motora, fornecendo assim suporte para que cada aluno conheça o seu próprio corpo e as limitações que o constitui.

Segundo Matthiesen et al. (2005), a partir dos 11 anos, através do jogo, pode-se iniciar o ensino do atletismo, em decorrência do nível de maturação de seu sistema neuro motor e do controle da vontade, a criança adota a execução de atividades que envolvam e ponha em provas suas qualidades físicas (gestos naturais).

Quanto mais ricas forem as experiências lúdicas, maior será a evolução do desenvolvimento motor. Através de jogos com regras e de exploração, é possível observar a coordenação dos movimentos físicos associados a relações cognitivas, não só em movimentos amplos como também em movimentos específicos. (OLIVEIRA, 2012).

Diante da concepção do atletismo como um esporte-base, verifica-se que as práticas das atividades atléticas são significativas para o desenvolvimento motor, pois os praticantes contextualizam seu próprio corpo, onde se tornam mais rápidos e ágeis, ampliando assim, sua capacidade física. (BONAPAZ, 2013).

A partir dessa concepção, Mariano (2012, p. 20) afirma que o atletismo é uma modalidade que trabalha as capacidades físicas em geral, sendo que os exercícios praticados tendem a desenvolver e aperfeiçoar “as qualidades físicas básicas: força, velocidade, resistência, flexibilidade e agilidade”.

O atletismo fornece um novo ensinamento a cada desafio aprendido, nesse aspecto, fica o professor encarregado de modificar o ambiente no qual desenvolvem suas atividades, bem como utilizar de aparelhos e criar novos desafios a fim de que cada aluno aprimore suas habilidades e consigam resolver cada desafio de formas diversas. (LECOPT; SILVEIRA, 2014).

Nesse aspecto Gomes (2008) afirma que o atletismo deve ser considerado um conteúdo educacional, introduzindo modalidades que colaborem com o desenvolvimento dos aspectos motores e psicológicos, a partir de uma aquisição de hábitos saudáveis, fornecendo assim, uma qualidade na saúde física e mental de cada indivíduo.

No atletismo as capacidades e habilidades servem de base para outras modalidades desportivas. O lançar uma bola serve de base para um passe ou um arremesso do handebol, basquetebol; o correr “bem” é fundamental em quase todas as modalidades que necessitam de locomoção. A ligação da corrida-impulsão para o salto em altura solicita ações semelhantes à preparação do ataque no voleibol. (MATTHIESEN et al., 2005).

Os Parâmetros Curriculares de Educação Física apresentam uma variedade lista de categorias dos gêneros apresentados, sejam eles esportes, jogos, lutas e ginásticas, cada

uma dessas categorias, sofre influência tanto regional, quanto local e cabe a escola incluir no seu currículo as atividades mais próximas de sua realidade. (BRASIL, 1997).

Dentre as atividades a serem trabalhadas nas aulas de educação física conforme estabelecido pelos PCNs, é possível constatar as seguintes categorias:

- jogos pré-desportivos: queimada, pique-bandeira, guerra das bolas, jogos pré-desportivos do futebol (gol-a-gol, controle, chute-em-gol-rebatida drible, bobinho, dois toques);
- jogos populares: bocha, malha, taco, boliche;
- brincadeiras: amarelinha, pular corda, elástico, bambolê, bolinha de gude, pião, pipas, lenço-atrás, corre-cutia, esconde-esconde, pega-pega, coelho sai-da-toca, duro-ou-mole, agacha-agacha, mãe-da-rua, carrinhos de rolimã, cabo-de-guerra, etc.;
- **atletismo: corridas de velocidade, de resistência, com obstáculos, de revezamento; saltos em distância, em altura, triplo, com vara; arremessos de peso, de martelo, de dardo e de disco;**
- esportes coletivos: futebol de campo, futsal, basquete, vôlei, vôlei de praia, handebol, futvôlei, etc.;
- esportes com bastões e raquetes: beisebol, tênis de mesa, tênis de campo, pingue-pongue;
- esportes sobre rodas: hóquei, hóquei in-line, ciclismo;
- lutas: judô, capoeira, caratê;
- ginásticas: de manutenção de saúde (aeróbica e musculação); de preparação e aperfeiçoamento para a dança; de preparação e aperfeiçoamento para os esportes, jogos e lutas; olímpica e rítmica desportiva. (BRASIL, 1997, p. 38) (grifo nosso)

A partir da descrição acima, das atividades a serem contempladas nas aulas de educação física, conforme os PCNs é notável analisar que o atletismo é uma categoria a ser trabalhada de forma complexa, ou seja, todas as provas relacionadas a essa modalidade.

Lecopt e Silveira (2014), afirmam que as atividades a serem ministradas nas aulas de educação física precisam ser bem planejadas, com o intuito de maximizar o desenvolvimento das habilidades físicas e motoras dos alunos, e é nesse sentido, que os PCNs sugerem atividades como o atletismo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Antes da coleta de dados, que ocorreu em agosto de 2017, foi enviado um termo de autorização de pesquisa para as escolas situadas na zona urbana da rede pública do município de Unaí-MG. Este termo apresentava os objetivos da pesquisa e esclarecia aos gestores da instituição que os dados obtidos seriam divulgados de forma anônima. Assim sendo, das 12 Escolas Estaduais de Unaí, apenas 8 aceitaram participar, e das 16 Municipais participaram apenas duas delas possuem as séries finais, aceitaram participar. Cada escola foi representada por um professor de Educação Física atuante nas séries finais (quinto ao nono ano) do ensino fundamental.

3.1 PARTICIPANTES

Participaram do presente estudo 10 professores de Educação Física, sendo cinco mulheres ($40,2 \pm 5,8$ anos) e cinco homens ($29,8 \pm 3,0$ anos). Os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha informações

sobre os objetivos do estudo e garantia a confidencialidade de não obrigatoriedade de participação. As coletas de dados foram realizadas nas respectivas escolas, durante o intervalo entre as aulas.

3.2 INSTRUMENTO

Os participantes responderam a um questionário semiestruturado composto por seis questões de múltipla escolha e uma questão dissertativa (Quadro 1).

Quadro 1 - Questionário sobre o perfil das aulas de Educação Física em relação à modalidade “Atletismo”.

1 – O senhor (a) ministra a disciplina de atletismo nas aulas? () sim () não
2 – Qual (is) é(são) a(s) modalidade(s) que mais o senhor (a) desenvolve ou já desenvolveu nas aulas de atletismo: () corridas () saltos () lançamentos () nenhum
3 – Se já trabalhou com atletismo qual foi a duração: () 1 a 2 aulas () 1 a 2 semanas () 1 mês () 1 bimestre () nunca trabalhei
4 – Assinale com X as 03 modalidades mais trabalhadas em aula: () voleibol () basquetebol () futebol () handebol () jogos recreativos () lutas () dança () atletismo () natação
5 – Qual a maior dificuldade para ministrar o conteúdo de atletismo: () falta de materiais e/ou recursos () falta de estrutura física () falta conteúdo () desinteresse dos alunos () a disciplina a meu ver não é importante
6 – Senhor (a) tem conhecimento da aplicação do conteúdo de atletismo nas escolas de Unai? (Se é realizado ou não) () sim () não () não tenho conhecimento
7- O senhor (a) saberia identificar os motivos da não aplicação do conteúdo de atletismo nas escolas localizadas em Unai? _____ _____

O questionário foi desenvolvido adaptando-se a metodologia utilizada em estudos prévios (DIEDER; HÖHER, 2016; SOUZA et al., 2015; GOVEIA; VARGAS, 2014). Foi permitido aos voluntários assinalarem a mais de uma alternativa nas questões “2”, “4” e “5”. Os questionários foram aplicados individualmente durante o intervalo das aulas. O tempo de aplicação foi livre, sendo que eventuais dúvidas foram explicadas por um mesmo pesquisador.

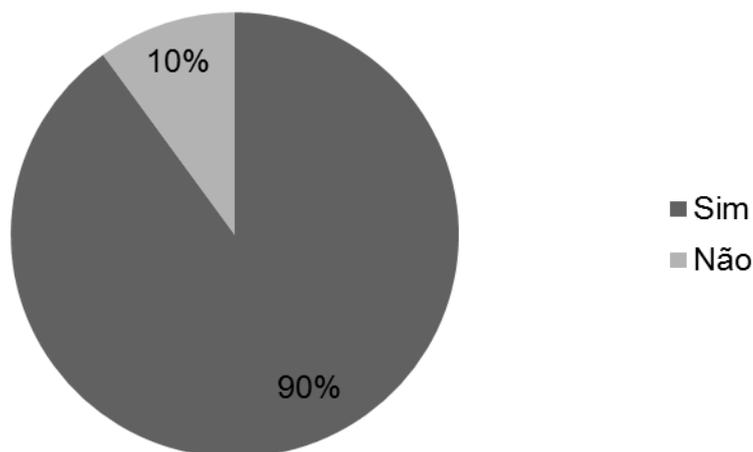
3.3 ANÁLISES

Os dados coletados foram tabulados e analisados através de estatística descritiva, utilizando o software Microsoft Office Excel 2010.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que 90% dos professores analisados relataram abordar o conteúdo de atletismo em suas aulas, enquanto apenas 10% não ministram (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Frequência de professores de escolas públicas que ministram o conteúdo de atletismo na disciplina de Educação Física.

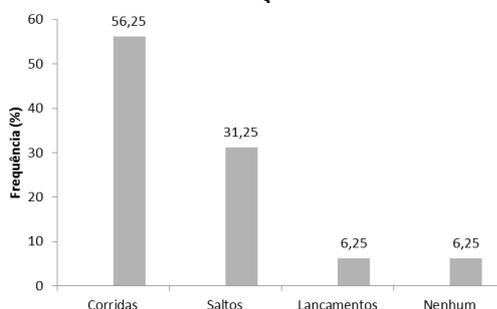


Fonte: Autores da pesquisa

Este resultado mostra que a maioria dos professores entrevistados aborda esta modalidade em suas aulas. Tal fato é relevante, uma vez que o atletismo é de fundamental importância para criança no seu desenvolvimento cognitivo motor, pois lhe proporciona vivências práticas, e englobam capacidades motoras, tais como, correr, saltar, lançar e arremessar. (MATTHIESEN, 2014).

Ao serem questionados sobre quais as modalidades do atletismo mais trabalham na escola, nove professores relataram trabalhar com corridas, cinco com saltos, enquanto apenas um relatou trabalhar com lançamentos e um deles declarou não trabalhar com nenhuma modalidade (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Frequência das modalidades mais trabalhadas no conteúdo de atletismo disciplina na disciplina de Educação Física.



Fonte: Autores da pesquisa

Tais resultados corroboram com os apresentados por Marques e Iora (2009), que consideram que o atletismo é pouco trabalhado na Educação Física escolar. Assim, os

autores supracitados relatam que quando o atletismo é inserido nas aulas, na maioria das vezes, os professores se concentram em poucas modalidades tais como a corrida e o salto, negligenciando outras provas de grande importância. Adicionalmente, em pesquisa realizada com estudantes do 6º e 7º ano do ensino fundamental, no município de Jaguariaíva/PR observou-se que 46,15% dos participantes relataram que corridas de velocidades era a modalidade mais trabalhada, seguida de salto em distância com 17,94% (GOVEIA; VARGAS, 2014).

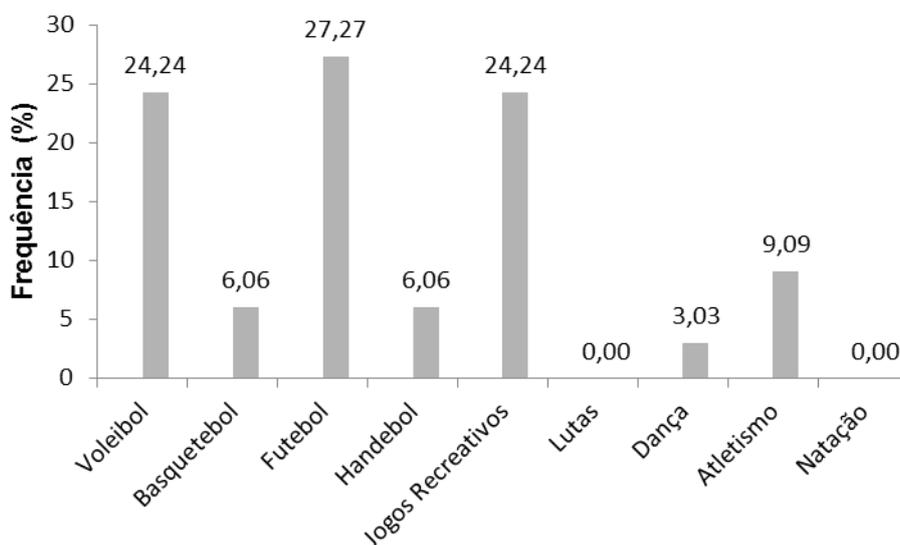
Desta forma, pode-se reforçar o exposto por Marques e Iora (2009), que consideram que quando o atletismo é inserido na escola, os professores optam pelas modalidades mais básicas devido ao fato de facilmente serem desenvolvidas em espaços curtos, e com pouca necessidade de materiais e equipamentos.

Com relação ao questionamento sobre quanto tempo o professor dispense com o atletismo no semestre, observou-se que 30% dos participantes relatou que trabalham um bimestre, 20% trabalham um mês, 30% trabalham de uma a duas semanas e 30% trabalham uma a duas aulas. Contraditoriamente ao observado na figura 2, nenhum dos professores relatou não trabalhar com a modalidade.

Devido ao fato de o conteúdo do atletismo possuir uma ampla gama de modalidades, para que o professor consiga trabalhar todos os fundamentos, há a necessidade de um longo planejamento (OLIVEIRA, 2012). Assim, para ser possível desenvolver todos os fundamentos de cada modalidade do atletismo é necessário que o professor disponha de pelo menos uma aula para cada modalidade (OLIVEIRA, 2012). Desta forma, considerando que metade dos voluntários do presente estudo relatou utilizar períodos inferiores a duas semanas para trabalhar o atletismo, entende-se que este conteúdo é pouco aproveitado na Educação Física no município em questão.

Ao serem questionados sobre quais as modalidades mais desenvolvidas em aula, observou-se que os professores relataram trabalhar com mais frequência, respectivamente, o futebol, voleibol e jogos recreativos. Já o atletismo, basquetebol, handebol e dança foram as modalidades menos desenvolvidas segundo os professores. Adicionalmente, nenhum dos voluntários relatou trabalhar com a modalidade lutas e natação (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Modalidades esportivas mais trabalhadas nas aulas de Educação Física em escolas públicas de Unaí-MG.



Fonte: Autores da pesquisa

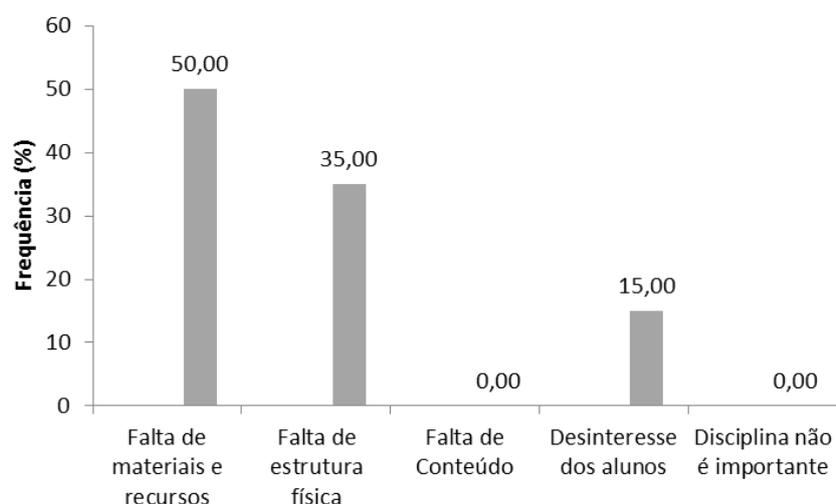
Percebe-se, a partir destes resultados, que o atletismo não está sendo trabalhado nas escolas analisadas, contradizendo as respostas obtidas na primeira questão do instrumento utilizado no presente estudo. Adicionalmente, ficou evidenciado que a disciplina de lutas, que é obrigatória nas escolas, não está sendo trabalhada nas aulas de Educação Física (BRASIL, 1997).

Os resultados do presente estudo corroboram com os de Santos e Cruz (2015) que definem o ensino do atletismo como muito complexo, uma vez que, frequentemente, os alunos preferem os esportes coletivos com bola. Ainda, considera-se que o ensino das modalidades esportivas no Brasil se caracterize pelo desenvolvimento dos esportes coletivos, sendo, frequentemente, trabalhado o voleibol, o futebol e o basquetebol (GOVEIA; VARGAS, 2014). Além disso, a cultura brasileira utiliza a bola como um instrumento de comunicação interpessoal, justificando a visão de que, como o “atletismo não tem bola” não é necessária a aplicação desta modalidade nas escolas brasileiras (OLIVEIRA, 2012).

Este comportamento contradiz as diretrizes apresentadas nos PCN's (BRASIL, 1997) quando se considera que os conteúdos curriculares obrigatórios a serem trabalhados na Educação Física escolar devem ser: o atletismo, os esportes com bastões e raquete, esporte sobre rodas, esporte individuais, lutas, brincadeiras, jogos populares, dentre outros.

Com relação ao quinto item do instrumento, quando questionado quais as maiores dificuldades encontradas para ministrar o atletismo, foi observado que metade dos participantes relatou ser por falta de recursos e/ou materiais, sendo que a falta de estrutura física e o desinteresse dos alunos também foram destacados como motivos (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Dificuldades em ministrar o atletismo como conteúdo nas aulas de Educação Física, no ponto de vista dos professores das escolas públicas de Unaí-MG.



Fonte: Autores da pesquisa

Souza et al. (2015), destacam que a minoria das escolas públicas brasileiras consegue oferecer aos seus alunos uma infraestrutura de qualidade, necessária para a

prática do atletismo. Em muitas escolas, a falta de materiais e recursos são motivos alegados pelos professores da não execução do atletismo em suas aulas (DIEDER; HÖHER, 2016). Além disso, Matthiesen et al (2005) afirmam que a falta de conhecimento dos professores referente às modalidades do atletismo, é um dos motivos do não desenvolvimento do desporto nas escolas. Tal fato faz com que o professor exclua a disciplina do conteúdo das aulas. Considerando que nenhum dos entrevistados relatou o desconhecimento do assunto como motivo de não inserção do atletismo, não se pode fazer inferências com relação a amostra em questão.

As dificuldades relatadas pelos professores, no presente estudo, para trabalhar o atletismo na escola podem limitar o desenvolvimento global dos alunos, uma vez que esta modalidade é base do processo de ensino e aprendizagem (OVIEDO, 2013). Assim, cabe as escolas oportunizar a seus alunos o acesso a esse esporte, fornecendo assim suporte para que cada indivíduo conheça o seu próprio corpo e as limitações que o constitui (OVIEDO, 2013).

Com relação ao desinteresse dos alunos pelo conteúdo, Souza et al. (2015) consideram que algumas estratégias podem ser adotadas para aumentar o interesse. Dentre estas estratégias, destaca-se o atletismo voltado para o lúdico, a inserção de jogos e brincadeiras, bem como a adaptação de espaço e materiais (SANTOS; CRUZ, 2015; SOUZA et al., 2015). Nesse sentido, Lecopt e Silveira (2014) afirmam que a adaptação de materiais alternativos e o aprimoramento do espaço físico oferecido na escola, quando unidos a uma metodologia de ensino adequada e ao conhecimento referente ao desporto, fornecem resultados possíveis que vão de encontro ao objetivo dos discentes. Adicionalmente, mesmo não tendo sido destacado pela amostra do presente estudo, é considerado que um dos maiores obstáculos do professor é mostrar que o atletismo não é apenas técnica e competição, mas sim uma modalidade que pode ser entendida pela compreensão do esporte, onde professor e aluno trabalham em conjunto para que os objetivos sejam alcançados (MARIANO, 2012).

A falta de materiais ou espaço físico inadequado prejudica o professor de trabalhar o atletismo em suas aulas (MATTHIESEN, 2014). De acordo com Santos e Cruz, (2015) a falta de estrutura física, é vista pelos professores como barreira para não trabalhar este esporte na Educação Física escolar. Portanto, para não deixar de proporcionar a prática do desporto, cabe ao professor preparar locais alternativos para desenvolver a modalidade. As opções são praticar o atletismo fora da escola, em locais propícios a prática, como campos de futebol, praças públicas, ruas, entre outros (DIEDER; HÖHER, 2016).

Quando questionados se têm conhecimento sobre a aplicação do conteúdo de atletismo nas escolas do município, metade dos professores relatou desconhecer se o atletismo é trabalhado ou não, enquanto 40% expuseram que a modalidade é trabalhada, e 10% disseram que não.

Os dados apresentados vão de acordo ao exposto por Oliveira (2012), que relata que o atletismo no Brasil está em segundo plano, sendo que os professores preferem jogos que utilizem a bola, mesmo conhecendo que esta é a modalidade base para os esportes. Segundo o autor supracitado, a minoria das escolas brasileiras tem uma infraestrutura adequada (espaço e equipamentos) para a prática do atletismo. Associado a isto, fatores como a formação profissional deficiente e o comodismo dos professores contribuem para a manutenção deste cenário (SEDORKO; DISTEFANO, 2012; MATTHIESEN; RANGEL; DARIDO, 2007).

No último item do instrumento foi questionado se o professor saberia identificar os motivos da não aplicação do conteúdo de atletismo nas escolas localizadas em Unai. As respostas foram agrupadas por categorias conforme destacado no quadro 2.

Quadro 2 - Principais motivos para a não aplicação do atletismo como conteúdo nas aulas de Educação Física, no ponto de vista dos professores das escolas públicas de Unaí-MG.

Professores (P)	Respostas
P1, P3, P4 e P10	Principalmente por falta de estrutura física.
P2	Falta de interesse pelos alunos e recursos físicos e materiais.
P5 e P6	Falta de espaço adequado para prática do mesmo.
P7	Desinteresse dos órgãos competentes.
P8 e P9	Falta de materiais e recursos, estrutura física inadequada, professores com pouco conhecimento dessa modalidade.

Fonte : Autores da pesquisa

Observou-se, no presente estudo, que o motivo mais frequente que os professores destacaram para não aplicarem o conteúdo de atletismo em suas aulas foi a falta de estrutura física e materiais. Mesmo que a falta de materiais ou espaço adequado não deva ser motivo para não inserir o conteúdo nas aulas de Educação Física (MATTHIESEN, 2014), o pouco conhecimento referente a este esporte pode inibir muitos professores a não trabalhá-lo.

Uma das formas de contornar estes problemas estruturais relatados pelos professores do presente estudo é a adaptação da modalidade às características do ambiente escolar, buscando sempre a interação e participação dos alunos (LECOPT; SILVEIRA, 2014). Assim, a produção de materiais e equipamentos no ambiente escolar pode ser uma saída para promover a interação dos alunos, visto que este método promove benefícios no processo de ensino aprendizagem (GINCIENE et al., 2016). Adicionalmente, para aumentar o interesse dos alunos, o processo de ensino-aprendizagem no atletismo pode ser facilitado com o desenvolvimento de atividades recreativas envolvendo jogos e brincadeiras, além de exposição teórica do assunto (XAVIER; MACIEL, 2013).

5 CONCLUSÕES

A partir dos resultados observados no presente estudo, conclui-se que o atletismo é negligenciado nas escolas analisadas na cidade de Unaí-MG. Adicionalmente, mesmo acreditando trabalhar este conteúdo nas aulas, alguns professores dispendem um tempo inadequado para abordar a modalidade, utilizando como justificativa a falta de materiais e infraestrutura, bem como o desinteresse dos alunos.

Considerando isto, é necessário que a modalidade seja estimulada, uma vez que é importante para o processo global de ensino aprendizagem. Para tal, os professores podem lançar mão de alternativas como materiais recicláveis, além de jogos e brincadeiras que estimulem as capacidades e habilidades deste esporte. Adicionalmente, sugere-se que em estudos futuros seja investigada a metodologia com que o atletismo é trabalhado nas aulas de Educação Física na escola.

REFERÊNCIAS

AGÁPITO, C. M.; CORDERO, O. H. G. O atletismo como alternativa metodológica nas aulas de educação física. **Revista Científica FAEMA**, v. 6, n. 1, p. 123–134, 2015.

BONAPAZ, L. **A situação do ensino do atletismo em escolas de Três de Maio (RS)**. 2013. 25f. Monografia – (Graduação em Educação Física) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul: Santa Rosa, RS. 2013. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2211/L%C3%BAbia%20Bonapaz.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 Ago. 2016.

BRASIL. **Secretaria de Educação Fundamental Parâmetros Curriculares Nacionais (1ª A 4ª SÉRIE)**. Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF, 1997. 126p.

DIEDER, J. A.; HÖHER, A. J. O Atletismo Nas Aulas De Educação Física das Escolas de Novo Hamburgo/RS: Possibilidades e Limitações. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 27, n. 1, p. 127–146, 2016.

GINCIENE, G.; MATTHIESEN, S. Q.; CONTE, D. R.; CAMUCI, G. C.; OLEINIK, G.; OLIVEIRA, B. F.; SCOPINHO, R. H. O projeto de extensão “Atletismo para crianças e jovens”. **Revista Ciência em Extensão**, v. 12, n. 3, p. 118–126, 2016. >

GOMES, L. B. **Atletismo como conteúdo curricular nos anos iniciais: justificativa e viabilidade prática**. 2008. 56 f. Monografia - (Graduação em Educação Física) – Faculdade Albert Einstein, 2008.

GOVEIA, J. C.; VARGAS, L. M. Atletismo se aprende na escola: possibilidades pedagógicas e metodologias de ensino da modalidade para crianças de 11 a 12 anos. **Revista Eletrônica FAFIT/FACIC**, v. 5, n. 2, p. 16–23, 2014.

HYLAND, D. Athletics and Philosophy in the Ancient World: Contests of Virtue. **Journal of the Philosophy of Sport**, v. 40, n. 1, p. 177–180, 2013.

IAAF. International Association of Athletics Federations. 2017. **Disciplines**. Disponível em: <https://www.iaaf.org/disciplines>. Acesso em: 18 Maio 2017.

KYLE, D. G. A.: Greek Sports from Ancient Sources by Stephen G Miller, and: The Ancient Olympics by Nigel Spivey (review). **Journal of Sport History**, v. 40, n. 2, p. 355–358, 2013.

LECOPT, F. A. DA; SILVEIRA, R. A. DA. O conhecimento do conteúdo atletismo na educação física escolar. **Cinergis**, v. 15, n. 3, p. 129–134, 2014.

LOPES, T. C.; MOREIRA, E. C. Atletismo Escolar e Formação De Professores: Percepções de Estudantes de Ensino Superior. **Educação Física em Revista**, v. 9, n. 1, p. 14–32, 2016.

MARIANO, C. **Educação física - o atletismo no currículo escolar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

MARQUES, C. L. DA S.; IORA, J. A. Atletismo escolar: possibilidades e estratégias de objetivo, conteúdo e método em aulas de Educação Física. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 15, n. 2, p. 103–118, 2009.

MATTHIESEN, S. Q. et al. **Atletismo: se aprende na escola**. 1. ed. Jundiaí: Fontoura,

128 p. 2005.

_____. **Atletismo na escola**. 1. ed. Maringá: Eduem, 221 p. 2014.

MATTHIESEN, S. Q.; RANGEL, I. C. A.; DARIDO, S. C. **Atletismo : teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 161 p.

OLIVEIRA, M. C. M. DE. **Educação física - o atletismo no currículo escolar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2012., 148 p.

OVIDO, S. DA A. **Atletismo: iniciação desportiva no ambiente escolar através de atividades lúdicas**. In: Secretaria de Estado da Educação. (Org.). O professor PDE e os desafios da escola pública paranaense. 1ed. Curitiba: SEED, 2013, 26 p.

PINA, L. D. A prática pedagógica histórico-crítica e o ensino de educação física na educação infantil. **Revista HISTEDBR On-line**. Campinas, n. 59, p.129-150, out 2014 – ISSN: 1676-2584.

REDKVA, M. F. F.; FREITAS JÚNIOR, M. A. De. **Licenciatura em educação: fundamentos do atletismo**. 2010. 127 f. Monografia – (Licenciatura em Educação Física) - Universidade Estadual de Ponta Grossa Núcleo de Tecnologia e Educação Aberta e a Distância, Ponta Grossa/PR, 2010

RUBIO, K. Do olimpo o pós-olimpismo: elementos para uma reflexão sobre o esporte atual. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, v.16, n. 2, p. 130-43, jul. /dez. 2002.

SANTOS, L. C.; CRUZ, A. P. Atletismo da Escola: A importância do professor de educação física na prática pedagógica. **Anais dos Encontros Pernambucanos dos Estudantes de Educação Física**, v. 1, n. 1, p. 1–10, 2015.

SEDORKO, C. M.; DISTEFANO, F. O atletismo no contexto escolar: possibilidades didáticas no 2º ciclo do ensino fundamental. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 16, n. 165, p. 1–5, 2012. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd165/o-atletismo-no-contexto-escolar-possibilidades-didaticas.htm>>

SOUZA, D. M.; SOUZA, N. A. P. R.; RIBEIRO, M. A.; CARVALHO, A. B. F. Investigação do Atletismo na Educação Física Escolar do Município de Taubaté/SP. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 14, n. 4, p. 1981–4313, 2015.

XAVIER, A. C.; MACIEL, R. N. O atletismo no contexto escolar em quissamã. **Perspectivas online: Biológicas & Saúde**, v. 3, n. 8, p.1–8, 2013.

A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES ACERCA DA AUTONOMIA DIANTE DE PROCESSOS CIRÚRGICOS, REALIZADOS NO ANO DE 2016 NO MUNICÍPIO DE UNAÍ-MG.

MACIEL, Grazielle Tavares¹²
MORAES, Raissa Kellen Aparecida¹³
LÚCIO, Renata Silveira¹⁴

RESUMO: A pesquisa teve o propósito de analisar a percepção dos pacientes acerca da autonomia diante de procedimentos cirúrgicos. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa descritiva exploratória. Norteou-se pelo objetivo de conhecer a percepção das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos acerca do exercício de sua autonomia durante a internação. Buscou verificar o conhecimento dos entrevistados sobre o que é autonomia; identificar se no momento do procedimento cirúrgico houve orientação sobre a sua autonomia e investigar se os seus direitos como usuários foram respeitados. Participaram 8 indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no ano de 2016. Os dados apontam de forma geral que os indivíduos não conhecem o poder de sua autonomia. Considera que esta pesquisa atingiu seus objetivos propostos.

Palavras-chaves: Autonomia. Procedimentos Cirúrgicos. Indivíduos.

1 APRESENTAÇÃO

Segundo Clotet (2009) ao passar dos anos nota-se acentuada mudança no modo em que o serviço de saúde é prestado ao cliente, já que ele passa a ter autonomia para decidir qual tratamento prefere submeter-se.

A autonomia é conhecida pelo princípio de respeito às pessoas, em que as mesmas têm o direito de fazer suas escolhas e decidir seus atos, objetivando a privacidade e o domínio de sua própria vida. Em casos de menores de 18 anos, o médico deverá consultar os pais, pois eles respondem em relação aos seus filhos, sempre deverá respeitar a decisão dos pacientes, desde que eles possam expressar seus sentimentos, aceitando e reconhecendo como um ser livre e autônomo. Dessa forma, a autonomia ocupa relevante lugar na obtenção do consentimento informado e nas decisões médicas tomadas no início de um tratamento qualquer (CLOTET, 2009).

Diante do exposto surge o interesse em pesquisar sobre a temática: a percepção de indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no ano de 2016 no município de Unaí-MG sobre o princípio da autonomia oferecida durante o período que submeteu-se ao procedimento cirúrgico.

Logo surge o seguinte problema de pesquisa: Qual a percepção dos indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos no ano de 2016 no município de Unaí- MG acerca de sua autonomia durante o procedimento cirúrgico?

¹² Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí.

¹³ Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí.

¹⁴ Enfermeira graduada pela Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre, Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade Paulista e Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília.

Com o intuito de chegar a um resultado para tal problemática e a melhor abrangência sobre o tema ficou definido para esta pesquisa como objetivo geral: Identificar a percepção das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos acerca do exercício de sua autonomia durante a internação. Para tanto confeccionou-se os seguintes objetivos específicos: Verificar o conhecimento dos entrevistados sobre o que é autonomia; Identificar se no momento do procedimento cirúrgico houve orientação sobre a sua autonomia e Investigar se os seus direitos como usuários foram respeitados.

Esta pesquisa justifica-se pela importância na ampliação do conhecimento da sociedade acerca do direito a autonomia durante qualquer tratamento não especificamente só no procedimento cirúrgico, contribui ainda para nosso conhecimento pessoal acerca deste princípio, e no decorrer da realização desta pesquisa nos proporciona ver na prática a realidade e necessidades das pessoas.

Este estudo foi dividido nas seguintes seções: introdução, referencial teórico, metodologia, resultados e discussão, considerações finais e referências bibliográficas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A AUTONOMIA

O princípio da autonomia caracteriza-se pelo respeito às pessoas diante de suas escolhas e seus atos, dessa forma o indivíduo fica responsável pelas suas próprias decisões e atitudes que melhor satisfaz seus interesses sobre sua própria vida, o ser humano nasce intrinsecamente livre para optar o que deseja ou não fazer (CLOTET, 2009).

Segundo Oliveira, Sá e Silva (2007) o termo autonomia em meados do século XIX não era utilizado, a decisão a respeito do tratamento era tomada somente pelo o médico. Este direito foi abordado pelos profissionais da área da saúde no século XX e passou a informar ao paciente sobre quais condutas seriam tomadas e ainda a solicitar seu consentimento, oferecendo ao ser respeito e liberdade.

Quando o médico conversa e aconselha o paciente para decidir sobre o seu próprio tratamento, deverá utilizar o modelo participativo que se baseia na comunicação entre ambas as partes (médico/paciente) para chegar a uma decisão final que todos fiquem satisfeitos, o paciente passa a ter maior confiança em relação ao médico, o que aumenta as chances de ter tratamento com sucesso e passa a ter melhor conhecimento sobre sua própria doença (UGARTE e ACIOLY, 2014).

A autonomia na medicina baseia-se nos princípios da bioética, as decisões são tomadas por ambas as partes, mas o respeito a autonomia não abrange todas as pessoas, existe casos em que a pessoa não possui autonomia própria para decidir por estar incapacitada de responder por si mesmo, para cumprimento da autonomia seria necessário uma relação paciente-médico formulada no respeito em que as decisões médicas tomadas, devem ter consentimento do paciente, o mesmo deve ser informado e esclarecido sobre o tratamento a ser submetido e os possíveis riscos que será exposto (CLOTET, 2009).

Cada pessoa é única e tem perspectivas diferentes em relação as suas próprias crenças, em razão disso seus desejos devem ser acatados, muitos se submetem a terapêuticas impostas pelos os médicos por medo de opinar e perder o direito ao tratamento médico quando o mesmo é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto os usuários de atendimento privado questionam o médico por acharem que, o fato de pagarem pelo atendimento lhes dá o direito de optarem pelo tratamento que lhes convém, o que é um equívoco e precisa ser sanado (UGARTE e ACIOLY, 2014).

Os princípios da bioética são compostos pela autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, na autonomia o indivíduo tem o direito de fazer escolhas sobre sua

vida; na beneficência os profissionais de saúde devem realizar cuidados que proporcione o bem ao próximo; na não maleficência deve-se evitar prejudicar o ser; enquanto que a justiça refere-se ao tratamento com respeito. A autonomia é o princípio central da bioética, mas todos os princípios devem ser cumpridos e indiscutíveis (SILVA et al, 2012).

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2007) o Código de Ética dos profissionais de enfermagem na resolução COFEN-311/2007 Art. 17 informa que é necessário fornecer informações a pessoa e seus familiares acerca da assistência, como os prováveis riscos e benefícios do tratamento, já no Art. 18 da mesma resolução, ressaltam-se a importância do respeito e do reconhecimento do direito de decisão sobre o tratamento e o bem-estar de si mesmo.

Os enfermeiros enfrentam um difícil impasse em relação a informar diagnóstico, prognóstico e tratamentos, principalmente quando se trata de um idoso que está sem possibilidades de tratamento, isto causa embaraço e traz sentimentos de estresse e insegurança aos profissionais, conversar e revelar tudo sobre seu estado momentâneo pode diminuir a ansiedade do paciente, exerce seu direito de autonomia e de decisão, mas ao mesmo tempo pode ser uma informação de grande impacto, o que vai alterar o seu estado emocional e dificultar ainda mais o seu tratamento (VISENTIN, LABRONICI, LENARDT, 2007).

Segundo Silva et al (2012) como forma de respeito os profissionais de saúde devem informar para o cliente ou sua família a sua real situação, esclarecendo sua tomada de decisão para a efetiva assistência, jamais pode-se influenciar ou coibir a decisão a ser escolhida por ele diante do tratamento a ser realizado, mas para ter liberdade e decidir sobre a sua terapêutica deve-se ter conhecimento, ser orientado sobre o assunto, papel que deverá ser assumido pelos profissionais de saúde, já que exercer qualquer procedimento na área da saúde sem consentimento prévio é um ato de falta de respeito e humanidade com o próximo (SOUSA et al, 2008).

De acordo com a UNESCO (1998) na Declaração Universal dos Direitos Humanos no Artigo I informa que todas as pessoas já são dotadas de liberdade e igualdade nos direitos e na sua dignidade desde seu nascimento, e devem sempre agir ao próximo com harmonia, o Artigo II complementa o artigo I, comunica que todas as pessoas independente de religião, sexo, raça, cor, tem seu direito resguardado na declaração dos direitos humanos, ou seja, a dignidade das pessoas devem ser respeitadas a partir do momento que o ser humano tem consciência e capacidade de decidir por si próprio este não fica imposto a se expor a nenhum procedimento que não queira mesmo que traga resultados desfavoráveis para sua vida (SUDATI e CAVALCANTE, 2009).

Para Clotet (2009) a autonomia na área da filosofia moral e política tiveram dois grandes conceitos, o primeiro por John Stuart Mill que afirma que sobre si próprio, o seu corpo e sua mente, você tem extrema autoridade, e o de Immanuel Kant que afirma que a autonomia é a dignidade do ser humano, portanto, as pessoas não podem ser utilizadas como meio, ou algo, já que são pessoas com liberdade e valores.

2.2 O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO.

O Centro cirúrgico é caracterizado pelo local onde se realiza procedimentos invasivos e de diversos graus de complexidade, o atendimento feito antes da realização da cirurgia no centro cirúrgico é conhecido como pré operatório, serve para o profissional enfermeiro conhecer as dificuldades do indivíduo, seus questionamentos acerca da cirurgia e fazer o planejamento dos cuidados durante a assistência, quando se adentra o centro para realização do procedimento é feita toda uma prescrição de

enfermagem que se finda somente com a saída do paciente para a sala pós anestésica este período é o trans operatório, quando o mesmo sair da sala pós anestésico até o momento de sua alta do hospital está sobre o período pós operatório no qual podem surgir transtornos no metabolismo do cliente, em razão disso é necessário ainda o atendimento da enfermagem (JORGETTO, NORONHA e ARAUJO,2005).

Segundo Christofóro e Carvalho (2009) no período pré operatório, os profissionais de enfermagem tem a função de fornecer orientações sobre o procedimento cirúrgico, os riscos do procedimento, as características das anestésias, prestar uma atenção integral ao indivíduo desde os cuidados específicos como a preparação para operação, até uma assistência emocional ao cliente que enfrenta uma situação desconhecida e carregada de sentimentos, como estresse, a ansiedade, no qual encontra a atenção e apoio nestes profissionais que são aptos a esclarecerem todas as dúvidas.

Para Stumm et. al (2009) a responsabilidade de receber o indivíduo que vai submeter-se ao procedimento no centro cirúrgico é do enfermeiro, não sendo realizada com efetividade no dia a dia, pois os mesmos ficam ocupados com as diversas práticas burocráticas a serem realizadas o que os distanciou da parte assistencial, mas ressalta-se a grande importância do enfermeiro em acolher o paciente, orientá-lo e sanar as dúvidas que surgirem neste momento, o que vai contribuir para diminuição do medo, ansiedade e já o deixa preparado sobre todos os procedimentos que vai ser submetido durante o ato cirúrgico.

2.3 DIREITOS DO PACIENTE

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2012) o Art. 4º informa que todo ser humano possui o direito a ter atendimento com acolhimento e humanização, num ambiente tranquilo, higienizado e disponível a todos, e feito por profissionais capacitados.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

XI - o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto;

A carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2012) relata ainda no Art. 5º que o serviço de saúde deve respeitar os valores, cultura e direitos a todo ser humano sem distinção.

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais;

Clotet (2009) menciona as seguintes categorias em relação aos direitos do paciente: todo paciente tem direito a saúde, ser tratado com dignidade, ser respeitado por qualquer um que trabalhe na instituição, ser identificado por nome e não por número ou tipo de patologia, tem o direito de ser informado pelo seu estado de saúde, de um serviço que atenda suas necessidades seja ele público ou privado, sem qualquer preconceito em motivo da enfermidade, residência ou classe social.

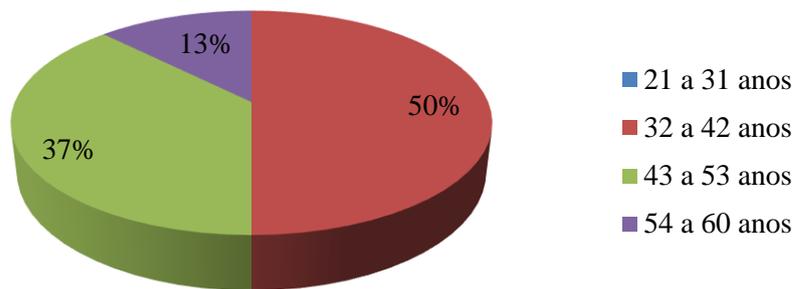
3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa descritiva exploratória. Abrange a área da saúde, no âmbito da enfermagem, voltada para a linha de pesquisa da autonomia na área da saúde. Este estudo ocorreu sob a responsabilidade das pesquisadoras Grazielle Tavares Maciel e Raissa Kellen Aparecida de Moraes e sob a orientação da professora mestra Renata Silveira Lúcio. Conforme a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa respeitou a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade. A coleta de dados foi realizada no dia 11 de abril de 2017 no Hospital Municipal Dr. Joaquim Brochado, no qual foi feita a abordagem de 08 indivíduos que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos no ano de 2016, com idade entre 21 e 60 anos de idade. A abordagem foi realizada com a autorização dos entrevistados, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para iniciarmos a coleta de dados, foi entregue duas vias para assinarem, uma ficou com eles e a outra com os entrevistadores. Foi aplicado um questionário semi estruturado com 05 questões abertas e ainda foram abordadas informações do perfil sócio demográfico, como: idade, escolaridade e sexo. Em seguida, as informações coletadas foram analisadas e separadas em categorias para discussão e comparação dos resultados, e os dados obtidos no perfil sócio demográfico foram analisados por meio de gráficos criados no programa Excel. Os resultados deste estudo foram apresentados no Colóquio da Saúde: conversando sobre os direitos humanos do paciente na Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí (FACTU), no dia 12 de maio de 2017, que teve como tema central os Direitos Humanos. Os dados e informações provenientes deste estudo foram utilizados com fins a construção de um artigo para publicação na revista FACTU Ciência, da Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unaí (FACTU). Tem como responsabilidade social de fomentar a discussão acerca da autonomia do paciente, o que gera repercussão positiva para toda comunidade acadêmica, com ênfase na área da enfermagem, além de contribuir para conscientização das pessoas sobre a importância do conhecimento sobre os seus direitos como paciente e o respeito à sua autonomia na área da saúde.

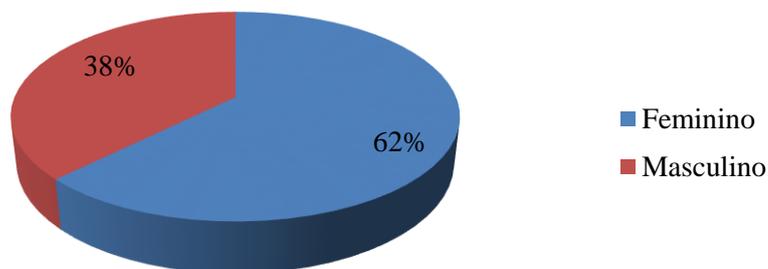
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação e análise do perfil sócio demográfico dos entrevistados elaborou-se gráficos que foram fundamentados com autores de estudos semelhantes. E para a análise temática, as respostas obtidas por meio do questionário, foram separadas e apresentadas em forma de categorias, de acordo com a semelhança apresentada nas falas.

Para garantir anonimato dos participantes, amostra foi identificada pela letra E (entrevistado) seguida de uma numeração de 01 a 08.

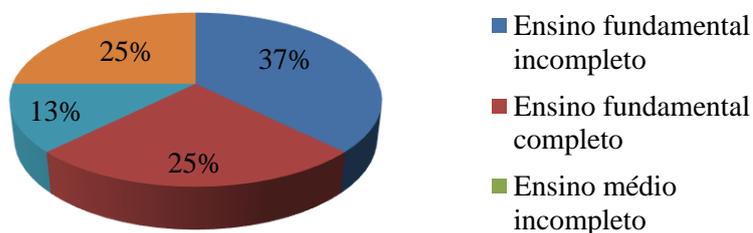
Gráfico 01. Perfil sócio demográfico dos entrevistados.

Fonte: Pesquisa aplicada, 2017.

Gráfico 02. Classificação do sexo dos entrevistados

Fonte: Pesquisa aplicada, 2017.

Travassos et al, (2002), relatam que o serviço de saúde é mais utilizado por mulheres do que por homens, pois elas tem mais interesse de procurar o serviço de saúde para fazer consultas de rotina e conseqüentemente descobrirem um problema precocemente, enquanto os homens procuram somente na hora de emergência.

Gráfico 03. Grau de escolaridade dos entrevistados.

Fonte: Pesquisa aplicada, 2017.

Silva e Millnitz (2009) mencionam que as pessoas que conseguem entender sobre o seu tratamento, sobre sua condição de saúde e procuram utilizar os serviços de saúde público e privado, são, em sua maioria, indivíduos com um maior nível de escolaridade.

A **primeira** pergunta tem o objetivo de identificar a percepção das pessoas em relação à autonomia, para tanto foi indagado: **Para você o que é autonomia do paciente?**

CATEGORIA I: Desconhece

- Não conhece (E.4, E.6)
- Não tem conhecimento (E.5)
- Não sabe (E.7)
- Não (E.8)

De acordo com Silva et. al (2012), a autonomia é definida como a capacidade do ser humano de decidir pela sua própria vida, tendo sua liberdade defendida e respeitada, a tomada de decisão deve ser acompanhada da orientação dos profissionais da área da saúde sem nenhuma forma de influência ou domínio sobre as pessoas, somente a sua orientação para ajudar na definição do seu tratamento terapêutico, o ser humano deve ser visto como uma pessoa digna, tendo direito a respeito e liberdade de escolha.

CATEGORIA II: Poder de escolha

- É o paciente poder decidir sobre o seu tratamento (E.1)
- Seria o esclarecimento do procedimento cirúrgico. E a capacidade de escolha (E.2)
- É o direito do paciente em poder fazer escolhas quanto ao procedimento a ser feito (E.3)

Conforme afirmam Carretta, Bettinelli e Erdmann (2011), o ser humano deve ter o poder de escolha sobre o seu tratamento, os seus direitos como um ser livre reconhecidos para existir uma relação pautada no respeito, contudo a autonomia confere a capacidade de tomar decisões.

A segunda pergunta buscou identificar se antes dos procedimentos cirúrgicos os pacientes são orientados em relação aos riscos oferecidos pelo procedimento e quem exerce essa função de orientação. Durante o período que você foi submetido ao procedimento cirúrgico, foi comunicado com você os riscos do procedimento que ia ser submetido? Por quem?

CATEGORIA I: Não obteve

- Não comentou nada, devido ser um procedimento simples, ninguém (E.6)
- Não informou devido ser uma cirurgia simples, ninguém (E.7)
- Não informou, ninguém (E.8)

De acordo com Stumm (2009), quando o indivíduo vai ser submetido a algum tipo de procedimento cirúrgico ele desenvolve diversos tipos de sentimentos como medo e ansiedade, isto em razão da sua exposição a métodos invasivos, a anestésias e aos riscos à sua saúde, surge então a importância da explicação e orientação dos procedimentos que serão realizados para diminuir a tensão do paciente em relação a sua cirurgia, isto significa ter um olhar humanizado para com essas pessoas.

CATEGORIA II: Obteve

- Os riscos foram comunicados sim. Pelo o médico (E.1)
- Foi esclarecido tudo que seria feito durante o procedimento, e foi esclarecido pelo o médico (E.2)
- Sim. Pelo médico (E.3)
- Sim foi informada pelo o médico (E.4)
- Sim pelo o médico (E.5)

De acordo com Christóforo (2006), os esclarecimentos para o paciente ou responsável, em relação ao tipo de cirurgia e suas consequências, devem ser realizados antes da cirurgia, esta orientação é de obrigação do médico e outros profissionais, e esta conduta contribui para as tomadas de decisões e para o melhor exercício da autonomia. (UGARTE E ACIOLY, 2014).

A terceira pergunta pretendeu identificar se os participantes foram informados em relação a ocorrência de procedimentos invasivos durante o ato cirúrgico. Durante o período que você passou por procedimento cirúrgico foi relatado para você que ocorreria procedimentos invasivos, como incisão por bisturi, o usos de anestésias, ou transfusão sanguínea se necessário?

CATEGORIA I: Informados

- Sim (E.2, E.3)
- Sim informou (E.4)
- Sim foi (E.5)
- Foi informado (E.6)

Os profissionais da área da saúde têm dever de proporcionar esclarecimentos sobre as condições e inúmeras possibilidades de riscos em razão das suas escolhas, porém considerando todas as possibilidades existentes e respeitando o seu direito de escolha sobre o que melhor lhe convier. (CARNEIRO e BERTI, 2009).

CATEGORIA II: Não informados

- Não me informaram de nada (E.7)
- Não (E.8)

Os indivíduos devem receber dos profissionais de saúde uma instrução de uma forma esclarecedora sobre o tratamento que está recebendo, pois não se deve tomar decisões sobre assuntos dos quais não podem compreender, sua escolha deve ser dotada de razão e não sofrer influências. (SOUSA et. al, 2008).

CATEGORIA III: Parcialmente

- Somente o uso de anestésias (E.1)

Segundo Carneiro e Berti (2009), durante a realização do procedimento cirúrgico acabam acontecendo tomadas de decisão unilateral, ou seja, médicos analisam as situações diversas e decidem, sem consentimento do cliente, quando na verdade, a

comunicação entre as partes, de forma ampla e esclarecida, tornaria este cenário mais humano, justo e correto.

A quarta pergunta tem a proposta de saber se ocorre a realização de procedimentos sem consentimento do paciente. Durante o período que você foi submetido ao procedimento cirúrgico, em algum momento fizeram algum procedimento sem comunicar ou sem sua autorização?

Categoria I: Houve comunicação

Tudo foi comunicado previamente (E.1)
 Não (E.2, E.3, E.4, E.5, E.6, E.7, E.8)

Ascari et al (2013), mencionam que é por meio da comunicação entre enfermeiro e paciente, que os procedimentos são esclarecidos e isto faz, certamente, com que o paciente se sinta mais tranquilo e protegido no período perioperatório.

A **quinta** pergunta tem como objetivo verificar se os entrevistados têm conhecimento de seus direitos como paciente nos serviços de saúde. Você como usuário do serviço de saúde conhece os seus direitos como paciente?

Categoria I: Não conhece

Não (E.4, E.5, E.7)
 Não sabe (E.6, E.8)

Silva e Millnitz (2009), dizem que quando os pacientes não sabem sobre os seus direitos, os profissionais têm que esclarecer e informar sobre estes, para que estas pessoas entendam e sejam capazes de agir perante seu cuidado, tratamento e intervenção de doenças.

Categoria II: Conhece

Conhece (E.2)
 Sim (E.3)

Ugarte e Acioly (2014), afirmam que é direito de todos os pacientes escolherem o seu tratamento, independente de seus valores e crenças, respeitando a sua cultura, a família e a sociedade.

Categoria III: Conhece parcialmente

Nem todos (E.1)

Fortes (2004), relata que os indivíduos tem direitos de escolher por aceitar ou recusar os serviços de saúde, de ser cuidado com respeito e segurança, e de ser esclarecido sobre seu provável tratamento e situação de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo alcançou o seu objetivo geral que era de identificar a percepção das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos acerca do exercício de sua autonomia durante a internação, os objetivos propostos foram alcançados, pode-se constatar que muitos não conhecem o que é autonomia. Observou-se que a maioria foi esclarecida pelo médico sobre os riscos dos procedimentos. Mas a orientação do paciente sobre o seu poder de autonomia se mostrou falha, pois muitos dos entrevistados não tinham conhecimento sobre o que seria autonomia. Notou-se também que os indivíduos desta pesquisa não se submeteram a nenhum outro procedimento sem comunicação, o que é de suma importância para entender que o paciente está sendo respeitado durante o ato cirúrgico, enfim foi detectado que a maioria dos entrevistados não conhece os seus direitos como usuários do serviço de saúde, todas as pessoas devem ter conhecimento acerca de seus direitos para que possam solicitá-lo quando necessário.

É de suma importância exercer o seu direito de autonomia na área da saúde, poder escolher, ter sua liberdade respeitada, ser visto como uma pessoa digna que possui valores e merece respeito, cada ser é único e deve ser tratado na sua individualidade, independentemente de sua raça, sexo, religião, condição econômica, os profissionais de saúde devem cumprir a sua função de orientar as pessoas sobre os tratamentos, sanar as dúvidas e procurar ajudar as pessoas a ter os seus direitos garantidos como usuários do serviço de saúde.

Esta pesquisa contribui para compreendermos a importância deste direito do paciente, cabendo a nós futuras enfermeiras procurarmos realizarmos a nossa parte dentro da área que futuramente vamos atuar, e tem a função de conscientizar as pessoas a conhecer seus direitos e procurar a decidir sobre sua própria vida.

REFERÊNCIAS

ASCARI, Rosana Amora et al. **Percepção do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem.** Rev enferm UFPE, Recife, 2013.

Disponível em:

www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5932

Acesso em: 15 abr 17.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Carta5.pdf> Acesso em 30 mar 17.

CARNEIRO, Marcia Tonin Rigotto; BERTI, Heloisa Wey. **A autonomia de pessoas hospitalizadas em situação pré-cirúrgica.** Botucatu: Rev. Min. Enferm, 2009.

Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/v13n1a12.pdf> Acesso em: 30 mar 17.

CARRETTA, Marisa Basegio; BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado.** Brasília: Rev Bras Enferm, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500024

Acesso em 30 mar 17.

CHAVES, Patrícia Lemos; COSTA, Veridiana Tavares; LUNARDI, Valéria Lerch. **A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados.** Texto Contexto Enferm 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100005 Acesso em: 15 abr 17.

CHRISTOFORO, Berendina Bouwman. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** 2006.124 f. Dissertação – (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006. Disponível em <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oBerendinaChristoforo.pdf> Acesso em 30 mar 17.

CHRISTOFORO, Berendina Elsin Bouwman; CARVALHO, Denise Siqueira. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no pré operatório.** Curitiba: Rev Esc Enferm, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100002 Acesso em 30 mar 17.

CLOTET, Joaquim. **O respeito à autonomia e aos direitos dos pacientes.** Porto Alegre: Revista da AMRIGS, 2009. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/53-04/22-534-respeito-%C3%A0-autonomia.pdf> Acesso em 04 mar 17.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007> Acesso 25 mar 17.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>. Acesso em: 21/04/17

JORGETTO, Giovanna Vallim; NORONHA, Rachel; ARAUJO, Izilda Esmenia Muglia. **Assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos: avaliação comparativa.** Goiânia: Revista eletrônica de enfermagem, 2005. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/original_03.htm Acesso em 30 mar 17.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3ª edição. Série E. Legislação de Saúde. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://www.use.ufscar.br/direitos-e-deveres-dos-usuarios/carta-direitos-usuarios> Acesso em: 15 abr 17

MUNOZ, Daniel Romero; FORTES, Paulo Antonio Carvalho. **O Princípio da Autonomia e o Consentimento Livree Esclarecido.** s/d. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIIautonomia.htm Acesso em: 30 mar 17.

OLIVEIRA, Aline Cristine de; SÁ, Lílian; SILVA, Maria Júlia Paes da. **O posicionamento do enfermeiro frente do paciente terminal.** Brasília: Rev Bras

Enferm, 2007. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300007&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 11 mar 17.

SILVA, Jose Antonio Cordero et al. **A importância da autonomia como princípio bioético**. Pará, 2012. Disponível em:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=658441&indexSearch=ID> Acesso em 04 mar 17.

SILVA, Waldine Viana; NAKATA, Sumie. **Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos**. Rev Bras Enferm 2005 nov-dez; 58(6):673-6. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf>. Acesso em: 21/04/17

SOUSA, Maria Helena et al. **Autonomia profissional versus autonomia do paciente: casos de extrações de dentes recuperáveis**. Curitiba: Rev Clín Pesq Odontol, 2008. Disponível em: <http://biblat.unam.mx/pt/revista/revista-de-clinica-e-pesquisa-odontologica/articulo/autonomia-profissional-versus-autonomia-do-paciente-casos-de-extracoes-de-dentes-recuperaveis> Acesso em 25 mar 17.

SUDATI, Maiara Nicoletti; CAVALCANTE, Jeniffer Thaoane Dalacqua. **O respeito aos pacientes na escolha dos tratamentos médicos**. Presidente Prudente, 2009. Disponível em:<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2040/2156> Acesso em 24 mar 17.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes. et al. **Ações do enfermeiro na recepção do paciente em centro cirúrgico**. Rio Grande do Sul: Rev. Min. Enferm, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/168> Acesso em: 30 mar 17.

TRAVASSOS, Cláudia et al. **Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condições social**. Rev Panam Salud Publica. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10721.pdf>. Acesso em: 21/04/17

UGARTE, Odile Nogueira; ACIOLY, Marcus André. **O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso**. Rio de Janeiro: Rev. Col. Bras. Cir, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v41n5/pt_0100-6991-rcbc-41-05-00374.pdf Acesso em 04 mar 17.

UNESCO. **Declaração universal dos direitos humanos**: adotada e proclamada pela resolução 217 a (iii) da assembleia geral das nações unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília, 1998. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf> Acesso em 25 mar 17.

VISENTIN, Angelita; LABRONICI, Liliana; LENARDT, Maria Helena. **Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico**. Curitiba: Acta Paul Enferm, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400021 Acesso em 18 mar 17.

DIREITO À PRIVACIDADE: VIVÊNCIAS DE PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CIRÚRGICA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE UNAÍ-MG, NOS ÚLTIMOS 05 ANOS.

CAMPOS, Joyce do Carmo
TAVARES, Nayara Ferreira
LÚCIO, Renata Silveira

RESUMO: A privacidade é direito do paciente logo é algo importante para assistência de qualidade. Objetivou-se identificar se o direito a privacidade foi respeitado quando submetido à intervenção cirúrgica no hospital municipal de Unaí- MG (HMU). Investigar se nos perioperatório houve exposição do corpo por parte da equipe de enfermagem; identificar se foi solicitada permissão pela equipe de enfermagem para tocar o corpo; verificar se o entrevistado tem conhecimento sobre os direitos à privacidade. Realizado pesquisa de campo com 08 entrevistados. A maioria demonstrou saber o que é privacidade, metade relata sentimentos de vergonha durante perioperatório, A maioria teve seu corpo exposto na frente de outras pessoas e não sabe que a privacidade é um direito. A enfermagem foi bem avaliada quanto aos critérios de privacidade. Percebeu-se que os pacientes não tiveram seu direito à privacidade respeitado, isto de acordo com suas vivências durante o período perioperatório no HMU.

Palavras chaves: Paciente. Direito à privacidade. Enfermagem clínica cirúrgica.

1.INTRODUÇÃO

Para a recuperação do bem estar físico e mental do paciente é primordial que seus direitos sejam respeitados pelos profissionais de saúde, um desses direitos é a privacidade, que diz respeito principalmente à manipulação e exposição do seu corpo durante procedimentos. Logo surge a necessidade de elaborar a pesquisa intitulada: Direito à privacidade: Vivências de pacientes que passaram por intervenção cirúrgica no Hospital Municipal de Unaí-MG nos últimos 05 anos.

De acordo com Brock et (2010), respeitar a privacidade do cirurgião durante a realização do procedimento implica diretamente na manutenção da sua necessidade, pois quando o mesmo tem sua intimidade invadida, violada e exposta pelo profissional de enfermagem, rompe de certa maneira o vínculo de cuidado no ambiente hospitalar. Diante disso surge como problema de pesquisa: Verificar se os indivíduos que sofreram intervenções cirúrgicas no Hospital Municipal de Unaí tiveram sua privacidade respeitada.

Estabeleceu-se como objetivo geral desta pesquisa: identificar se o direito à privacidade foi respeitado quando submetido a intervenção cirúrgica no hospital municipal de Unaí- MG. Para chegar ao objetivo geral foram estabelecidos três objetivos específicos que são: investigar se nos períodos pré, trans e pós operatórios houve exposição do corpo por parte da equipe de enfermagem; identificar com os pesquisados se foi solicitada permissão pela equipe de enfermagem para tocar em seu corpo; e verificar se o entrevistado tem conhecimento sobre os direitos à privacidade.

A importância desta pesquisa refere-se ao fato de que a privacidade é algo inerente à pessoa, e é direito de qualquer ser humano tê-la preservada e não ignorada pelos prestadores do cuidado. Lenzi e Sawada, (2010), corroboram ao esclarecer que o paciente

tem direito a privacidade descrita na constituição universal dos direitos humanos e na constituição brasileira, complementam ainda ao dizer que apesar de existirem leis, não há fiscalização e o direito do usuário de saúde é ignorado pelo prestador de cuidado, uma vez que é difícil para o próprio profissional discernir o que é necessário ser feito para o bem do seu cliente e quais os limites da privacidade do mesmo.

Trata-se de um estudo qualitativo e está organizado em introdução, referencial teórico, metodologia, análise e discussão dos dados, considerações finais, referências e apêndices.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRIVACIDADE: DO CENTRO CIRÚRGICO AOS DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

De acordo com Christóforo e Carvalho (2008), no âmbito hospitalar principalmente em procedimentos cirúrgicos, especificamente no pré-operatório o cliente fica mais vulnerável, tanto física quanto psicologicamente. Uma das responsabilidades da assistência de enfermagem é dar suporte emocional ao mesmo desde a internação até sua alta hospitalar, preparando-o e orientando-o para a intervenção cirúrgica.

Dias (2014), em concordância com o autor supracitado menciona o paciente cirúrgico como aquele que será submetido ao ato cirúrgico, que por vez implica em alterações orgânicas e emocionais em razão deste fator ocorre mudança na rotina do mesmo e também na sua adaptação ao ambiente hospitalar, refere ainda que a intervenção cirúrgica acaba por deixá-lo estressado e ainda acometido pelo medo e incertezas da intervenção cirúrgica. Classifica o pré-operatório como o momento da internação até 24 horas antes da cirurgia e o pós-operatório compreende desde a saída do utente da sala de cirurgia até sua alta hospitalar, O enfermeiro deve ter respaldo em seus conhecimentos científicos e técnicos sendo estes imprescindíveis para sua atuação no centro cirúrgico regido por avanços tecnológicos e necessidade de cuidados especializados para assistência (TURRINI et al, 2012).

Bedim et al (2005), corroboram ao destacarem o papel do enfermeiro no centro cirúrgico, que vai desde a admissão do indivíduo até o momento da alta hospitalar. Ele é responsável pela assistência de forma holística e é fundamental na parte emocional, psicológica e terapêutica quanto no gerenciamento de recursos humanos. Portanto é notória a participação deste profissional no tratamento e recuperação do operado no processo cirúrgico por meio da realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A atuação da enfermagem durante as fases do processo cirúrgico é vista como um importante passo para humanizar a assistência neste segmento, já que o enfermeiro além de prestar orientações e preparar o paciente para a intervenção cirúrgica ainda acaba por oferecer apoio psicológico e emocional o que proporciona maior segurança, de modo a interferir de forma benéfica no tratamento, recuperação e reabilitação de seu agravo de saúde. (TERRA et al, 2011).

Há ainda outros fatores além do comprometimento físico que estão presentes na rotina hospitalar que podem desestabilizar emocionalmente o ser assistido e refletem direto na sua recuperação, como se sentir envergonhado, desrespeitado e com sua dignidade violada ao ter seu corpo exposto durante a realização de algum procedimento (GUIMARÃES e DOURADO, 2013).

Esta invasão de privacidade mencionada pelos autores supracitados vai além da exposição do corpo, Soares e Agnol (2011), apontam outras situações como não respeitar

à dignidade, não limitar o acesso ao corpo, aos objetos íntimos e aos relacionamentos familiares e sociais. Os profissionais de enfermagem embasados por seu conhecimento científico e por princípios éticos devem saber fazer valer e respeitar a privacidade daqueles a quem presta sua assistência ajudando-os sem invadir sua privacidade. O mesmo autor aponta em seu estudo relatos de cirurgiados que se sentem completamente constrangidos com a exposição não só do seu corpo, como também do corpo de outras pessoas na presença ou não de familiares.

Dias (2014), menciona que um dos momentos em que nota-se maior constrangimento entre os clientes, principalmente nos de sexo masculino, é no instante da troca de roupa, e coloca-se então, uma camisola aberta na parte posterior, usada para todas as cirurgias, ainda que seja um procedimento padrão, envergonha-o por deixar parte do seu corpo a mostra.

Em muitos estudos analisados, inclusive o de Galvão (2016), nota-se que aqueles que estão internados relatam os piores sentimentos possíveis quando tem seus corpos expostos, o que é compreensível já que a sociedade educa pessoas para que moralmente se portem e preservem sua intimidade revelando sua nudez apenas em momentos íntimos, o que no hospital não ocorre já que, na maioria das vezes, ele fica à mercê dos profissionais de enfermagem, equipe responsável pela assistência integral, o que a aproxima do paciente que precisa entender a necessidade e não a imposição da nudez. O enfermeiro deve respeitar a privacidade do corpo do indivíduo não somente porque é uma determinação ética, mas por empatia e respeito a pessoa, o profissional deve pedir autorização ao paciente mesmo se este estiver em coma, deve proteger e resguardar o pudor do cliente uma vez que é o enfermeiro que tem maior contato com o corpo dele, logo ao realizar determinados tipos de procedimentos tem que utilizar biombos, lençol para que a privacidade do sujeito seja resguardada (CAMPITELLI, 2008).

Mas qual a dificuldade em manter a privacidade do usuário de saúde em âmbito hospitalar? BEDIM et al (2005), respondem a essa problemática quando afirmam que os 07 enfermeiros que trabalham no centro cirúrgico vivem em constante desafio, tentando se equilibrar entre as rotinas rápidas, ocasionadas pela falta de profissionais e muitos pessoas a almejar por cuidados, por vezes estes profissionais acabam por esquecer dos ensinamentos da graduação que somados a valores éticos, culturais e morais são primordiais para elaboração dos direitos e deveres dos pacientes.

A pessoa tem antes dos deveres seus direitos e o direito à privacidade é um direito fundamental que concretiza o princípio da dignidade da pessoa humana. Ressalta-se ainda que no código de ética de enfermagem fica claro o direito do doente quanto a exposição do seu corpo e de suas informações pessoais, e o enfermeiro deve ser o primeiro a resguardar este direito. (CAMPOS e FERNANDES, 2012; GARRAFA et al, 2016).

Moura et al (2015), corroboram ao citarem em seus estudos que a privacidade da pessoa é um direito universal, inatingível e protegido por lei, porém ainda é violado por alguns profissionais da saúde, considera que o usuário de saúde tem sua privacidade desrespeitada no instante no qual tem seu corpo tocado sem sua autorização, quando tem sua intimidade, relacionamentos familiares e sociais e seus objetos ignorados ou desrespeitados ferindo assim a dignidade da pessoa humana.

Com intuito de preservar tal dignidade do indivíduo elaborou-se a carta dos direitos aos usuários de saúde que garante o acesso igual e universal aos serviços de recuperação, proteção e promoção da saúde, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 198ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2009. Pode-se considera-la um instrumento de extrema importância ao conhecimento do cidadão (ã) brasileiro (a) aos seus direitos a saúde e garantiu muito mais qualidade nesse sistema. Pode ser utilizada como garantia de um serviço eficaz, e para que o indivíduo tenha

conhecimento no momento de procurar o serviço de saúde sobre seus direitos e deveres. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

De acordo com Silva, (2014) o paciente tem direito a escolha dos serviços de saúde, e de quem irá realizar esses cuidados, observando os recursos disponíveis. O usuário tem direito tanto em consentir como em se recusar aos cuidados de saúde, salvo em disposição especial da Lei e pode a qualquer momento voltar atrás no seu consentimento.

Todo indivíduo tem direito à assistência humanizada e acolhedora, realizada por profissionais preparados, e em ambiente adequado, em local de fácil acesso e confortável, sendo atendido sem discriminação, deve ser chamado pelo nome, ter cuidado adequado quanto a integridade física, privacidade nos procedimentos, conforto, individualidade, confidencialidade de informações pessoais, e bem estar emocional e mental durante consultas, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e preventivos; direito a marcação de consultas, de preferência com horário marcado; visita diária em todas unidades, não sendo menos que duas horas; a continuação na escola no que diz respeito as atividades; informações sobre seu tratamento e gastos; a escolha do local de morte; opção de marcação de consultas para pessoas com dificuldade de locomoção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para reivindicar seus direitos o usuário dos serviços de saúde pode apresentar queixa sobre os serviços de saúde nos seus estabelecimentos, e pode ainda receber indenização por perdas. As reclamações podem ser feitas no livro de reclamação da instituição ou separadamente, e é obrigatória a resposta, segundo a lei. O mesmo autor menciona ainda que o paciente tem o dever de respeitar o direito de outros usuários de saúde, e dos profissionais que lhe presta atendimento; devem-se respeitadas as medidas e regras impostas pela instituição de saúde, no que diz respeito à organização e funcionamento dos serviços prestados. (SILVA, 2014).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo de abordagem exploratória, sua área de abrangência compreende a grande área da saúde, no âmbito da enfermagem, enfermagem clínica cirúrgica, clínica médica, ética e bioética e direitos humanos.

Ocorre sobre a responsabilidade dos pesquisadores principais Joyce do Carmo Campos e Nayara Ferreira Tavares e sob orientação da professora pesquisadora mestre em gerontologia Renata Silveira Lúcio, Conforme a resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa respeitou a autonomia do indivíduo, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade, conforme disposto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este estudo foi desenvolvido nas proximidades do hospital municipal Doutor Joaquim brochado localizado no município de Unaí-MG. A coleta de dados foi realizada no dia 11 de abril de 2017 no período matutino das 06:00 às 07:30 hs e no período vespertino das 17:00 às 18:50 h.

A população amostra deste estudo, incluiu pessoas que estavam próximas a área externa do Hospital Municipal de Unaí e que afirmaram ter passado por intervenção cirúrgica nesta mesma instituição nos últimos 05 anos, com idade de 18 a 80 anos, o estudo constitui-se de oito entrevistadas identificadas de E01 a E08 de todos os gêneros porém ao realizar a pesquisa obteve-se apenas participantes do sexo feminino, sem distinção de cor, religião, renda e escolaridade, foram excluídos da pesquisa aqueles que não tem condições de responder por si mesmo, á todos foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I), o qual foi elaborado em duas

vias, uma ficou em posse do entrevistado e outra cópia em posse dos pesquisadores principais o termo foi apresentado de forma individual no início de cada coleta de dados, os participantes responderam às perguntas oralmente e os pesquisadores transcreveram para o instrumento, explicando ao entrevistado quando estes manifestavam dúvidas sobre os questionamentos.

A técnica usada para coleta de dados foi questionário semiestruturado por meio de coleta de dados realizada com instrumento contendo perguntas objetivas e não objetivas é constituída por questões relevantes para obtenção dos objetivos, munido de 11 perguntas incluindo dados sociodemográficos e questionamentos pertinentes ao tema desta pesquisa, aplicado a uma amostra de 08 pessoas que passaram por intervenção cirúrgica no hospital municipal de Unaí nos últimos cinco anos, identificadas por entrevistados (E01 a E08).

Os dados coletados foram discutidos e apresentados de acordo como Modelo de Bardin, por gráficos de pizza e por tabela. Cada variável foram discutida e embasada de acordo com autores da literatura.

Os resultados desta pesquisa foram apresentados no Colóquio da saúde: Conversando sobre os direitos do paciente que ocorreu na mostra científica da Faculdade de Ciências e Tecnologias de Unaí (FACTU) no dia 12 de maio de 2017 e posteriormente será submetida a publicação do estudo na revista FACTU CIÊNCIA.

A responsabilidade social deste estudo torna-se evidente a sua importância para formandos do curso de enfermagem assim como para os entrevistados que passam a conhecer os seus direitos a privacidade no centro cirúrgico e também para acadêmicos de outros cursos que por vez ou outra podem necessitar de cuidados de enfermagem. Além de esta pesquisa ser um instrumento informativo sobre o tema mencionado e é útil para que todas as pessoas saibam reconhecer seu direito à privacidade.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quanto aos dados sócio demográficos dos participantes relacionados a idade obteve-se: 03 com idades de 18-25 anos, 02 com idades de 35-45 e 03 com idades de 36-45 anos. Todas as entrevistada são do sexo feminino, 02 dos participantes são da religião evangélica e 06 são católicos. Quanto ao estado civil 03 eram solteiros e 05 casados. A renda per capita variou entre 125 a 880 reais por pessoa (a maioria da amostra apresentou baixa renda). Quanto ao nível de escolaridade 04 concluíram o ensino médio, 02 tem o ensino médio incompleto, 01 tem fundamental incompleto e 01 nível superior incompleto, quanto a moradia 07 das entrevistadas moram em casa própria e 01 em residência alugada, todos na zona urbana.

É importante conhecer as individualidades do paciente para tomar ciência do seu contexto e saber atuar respeitando seus limites, no processo peri operatório a enfermagem deve realizar um atendimento integral e individualizado, considerar além da morbidade as características pessoais do paciente e assim resguardar a sua privacidade. (ARAÚJO E HENRIQUE, 2012).

As questões discursivas deste estudo foram organizadas e apresentadas de acordo com as respostas dos entrevistados (E), identificados por meio de números (01-08). As perguntas 02, 03 e 04 investigaram as seguintes questões: Você já passou por alguma cirurgia, qual? Em que ano foi realizada? Quanto tempo de internação?

Distribuição dos entrevistados quanto ao tipo de cirurgia, ano de realização e tempo de internação:

E06	Cauterização	2012	02 dias
E01	Cesárea	2012	03 dias
E02	Cesárea	2016	02 dias
E05	Cesárea	2015	04 dias
E07	Cesárea	2015	10 dias
E08	Cesárea	2017	03 dias
E04	Laqueadura	2012	02 dias
E03	Laqueadura	2012	02 dias

Fonte: pesquisa aplicada, 2017

O parto cesáreo sobressai aos demais procedimentos e é uma intervenção cirúrgica que expõe a intimidade da paciente durante o transoperatório, para amenizar os efeitos de tal exposição a equipe deve resguardar ao máximo o corpo da paciente e expô-lo somente quando necessário, o tempo de internação pode estar relacionado ou não a possibilidades na invasão de privacidade, já que aquele que fica internado por mais tempo fica mais susceptível a ser exposto em algum momento, o tempo de internação varia em função da complexidade do processo cirúrgico, quanto maior a complexidade, maior será o tempo de internação do paciente e também em função de complicações e características individuais. (ROBLEDA et al, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O mesmo resultado foi identificado nos estudos de Tonini et al (2016), parte dos pacientes, cerca de 26,06%, não sabem o motivo da internação, possivelmente teriam dificuldades para conversarem e decidirem sobre o seu tratamento, não souberam explicar os cuidados que foram submetidos e sua importância, o que revela uma comunicação ineficaz por parte da equipe que, enquanto que, quando questionados sobre medicação, 88,48%, das pessoas souberam identificar se fizeram ou fazem uso de medicamentos durante a internação porém não souberam qual finalidade de tais medicamentos.

Na sexta pergunta os entrevistados responderam a seguinte interrogativa: Como você define privacidade? As respostas obtidas foram separadas em 03 categorias distintas:

CATEGORIA 01: Não souberam definir

“Não sei, não sei mesmo moça...” (E3).

“Não sei o que é não”. (E2).

De acordo com Garrafa et al (2014), o paciente tem direito a privacidade e inúmeros documentos citam tal direito respaldando-o quanto a informações pertinente a seu caso, seu corpo e sua intimidade e o não conhecimento deste direito implica em prejuízos para o paciente que sofre ao ter sua dignidade ferida ao ter sua privacidade invadida sem ao menos conhecer seu direito.

CATEGORIA 02: Relacionaram a sentir-se a vontade

“É sentir à vontade, dependendo da situação que você esteja.” (E1).

“É sentir à vontade no lugar”. (E4).

A privacidade é algo de foro íntimo, pode ser compreendida como limitação, limitar o acesso à pessoa, a suas coisas, a seus relacionamentos, confere a pessoa sigilo e anonimato o que leva a pessoa a sentir-se protegido e à vontade o que contribui para a reabilitação de sua saúde. Soares (2010).

CATEGORIA 03: Relacionaram a privacidade

“É ter um quarto só pra gente.” (E6).

“Não sei dizer, mas aqui não tem, fica todo mundo junto, os maridos das outras ficam tudo lá...” (E7).

“A sala que fiquei era coberta, considero isso privacidade”. (E8).

Tiny (2010), menciona que a privacidade tem aspectos físicos relacionados ao espaço territorial da pessoa, social, psicológica e informativa e todas estas dimensões se findam para a intimidade pessoal ou para a intimidade de um grupo que encontre sossego e proteção em determinado local.

CATEGORIA 04: Relacionaram a pedir licença para tocar o corpo

“É quando eles pedem licença pra mexer no corpo.” (E5).

De acordo com Campitelli, (2008) o enfermeiro deve respeitar tanto o corpo do paciente como suas vontades.

Na sétima pergunta os entrevistados responderam ao questionamento: Durante a internação para a cirurgia você se sentiu coagido ou constrangido com a realização de algum procedimento? Se sim em que momento e como foi? As respostas obtidas foram distribuídas em 04 categorias.

CATEGORIA 01: Constrangimento por ter o seu corpo exposto

“Sim, a enfermeira foi fazer o curativo e tinha homem no quarto ela expôs minha região íntima”. (E 06).

O homem, desde os primórdios, foi educado para se cobrir, guardar seu pudor para momentos íntimos e ao deparar com seu corpo exposto a outras pessoas para submissão a um procedimento o paciente tem sua dignidade ferida e sua privacidade desrespeitada. (SOUZA e BRANDÃO, 2013).

A equipe de enfermagem principalmente no centro cirúrgico, por vezes, cometem erros e expõem seus pacientes, em função de fatores como; falta recursos humanos, físico e financeiros. (BEDIM, 2005).

CATEGORIA 02: Constrangimento por ver exposição do corpo de outra pessoa

“Sim, no parto normal da menina ao lado no mesmo quarto, foi algo constrangedor, ver o bebê saindo naquelas condições, sem privacidade nenhuma”. (E01).

Sousa e Agnol (2011), mencionam que o paciente se sente humilhado tanto quando tem seu corpo exposto como quando vê outra pessoa tendo seu corpo descoberto e seu pudor violado mesmo que para seu bem.

CATEGORIA 03: Não houve constrangimento, mas ressalta desconforto quanto troca de roupa

“Não, só pra trocar a roupa era difícil porque tinha que ir no banheiro, sempre tinha muita gente no quarto, os maridos das outras mulheres.” (E03).

“Não, mas aqui é complicado ter privacidade, porque não tem como trocar a roupa tem gente estranha nos quartos, no banheiro não tem segurança, toda hora chega um e te destampa e olha.” (E04).

Bedim (2005), diz que a privacidade pode-se dar de várias formas: no estilo de vida, na personalidade, em processos cirúrgicos e também de forma eventual como garantir proteção quando a pessoa vai ao banheiro para tomar banho.

As instituições hospitalares frente às legislações que garantem direito à privacidade do paciente, tentam corresponder atuando com princípios éticos, mas nem sempre conseguem realizar tal feito.

CATEGORIA 04: Não houve constrangimento

Não”. (E02, E05, E07 e E08).

Pomatti et al (2010), mencionam em seus estudos que os profissionais de enfermagem estão atentos ao resguardo da intimidade dos pacientes, pois manifestam a preocupação em preservar a sua privacidade, inclusive nos eventos em que a nudez parcial ou total é inevitável.

Na oitava pergunta os entrevistados responderam sobre a seguinte interrogativa: Você teve alguma parte do seu corpo exposto no pré ou no pós-operatório? As respostas obtidas foram divididas em 03 categorias.

CATEGORIA 01: Sim teve corpo exposto

“Sim, a parte de baixo, me senti tranquila pois estava anestesiada.” (E01 e E08).

“Sim, durante a cesárea, Senti muita vergonha e desconforto.” (E02, E06 e E07).

Silva (2007) e Águas, (2017), mencionam a exposição do corpo como algo intimamente ligado a privacidade pois o corpo é o templo do indivíduo as vezes marcado por sua história e na maioria das vezes quando exposto e observado por outra pessoa, inclusive o enfermeiro implica vergonha ao paciente.

Observou-se ainda uma contradição de duas das entrevistadas (E02 e E07), comparada as variáveis da sétima pergunta, as mesmas disseram que não sofreram nenhum constrangimento durante o processo cirúrgico, mas na oitava questão revelaram ter tido seus corpos expostos e ter sentido vergonha com isso, logo reforça-se a ideia de que durante todo processo cirúrgico o paciente deve ser preservado pois ao ser institucionalizado passa a ser responsabilidade da equipe de saúde. (Terra et al, 2011).

CATEGORIA 02: Não teve corpo exposto, porém menciona incomodo quanto a observação da equipe de saúde

“Não, mas era sem graça sabe, toda hora tinha um médico ou um enfermeiro destampando e olhando, Num senti vergonha não, porque a gente tem que aturar, a gente precisa”. (E04).

Na conduta da equipe de saúde é importante que os profissionais principalmente os enfermeiros possam dar suporte ao pacientes internados e só os toquem e os exponham quando realmente necessário e mesmo assim os resguardando. (GALVÃO, 2016).

CATEGORIA 03: Não teve corpo exposto

“Não”. (E03 e E05).

De acordo com Brock (2010), manter e promover a dignidade e privacidade do paciente, é um passo grande rumo a humanização na assistência e implica qualidade ao atendimento e torna-se completa ao assegurar cuidados adequados, individualidade e privacidade.

Na nona pergunta os entrevistados foram questionadas sobre: Como foi a conduta da equipe de enfermagem durante procedimentos que tinham contato ou exposição do seu corpo? As respostas obtidas foram apresentadas em 02 categorias.

CATEGORIA 01: Boa conduta

“Boa, fui bem tratada”. (E02, E03, E04, E05, E06, E07 e E08).

O fato da equipe da enfermagem ser bem avaliada pelos pacientes é extremamente relevante já que é o enfermeiro o profissional que tem maior contato com paciente, desta forma está mais propenso a prestar o melhor cuidado, assim como errar e expor a privacidade do paciente, ao executar os cuidados necessários para seu tratamento que exigem manipulação do corpo, tal manipulação traz desconforto e constrangimento ao paciente. (GUIMARÃES E DOURADO, 2013).

CATEGORIA 02: Boa conduta, mas de forma parcial

“Tranquilo, porém considero 60% bom, as estagiárias de enfermagem eram bem mais atenciosas e a equipe nem tanto.” (E01).

O respeito e valorização da privacidade do paciente é ensinado na graduação que prepara os alunos para prestar a assistência com qualidade, eficiência e ética assim como a educação continuada os relembram destes princípios. Zagonel e Gerber, 2013).

Na décima primeira pergunta as entrevistadas responderam ao questionamento: Como usuário do serviço de saúde você tem direitos, e privacidade é um deles, você sabia disso? Como? As respostas obtidas foram dispostas em 03 categorias.

CATEGORIA 01: Desconhece totalmente o direito

“Não, não sei”. (E02, E03, E04, E07 e E08).

Pinho (2012) destaca que é importante que o paciente conheça seus direitos, para que saiba reivindicá-lo, o direito a saúde do paciente, quando preservado, garante a ele assistência de qualidade na prevenção, tratamento e reabilitação, e ainda permite a promoção da saúde de maneira eficaz.

CATEGORIA 02: Conhece parcialmente

“Sim, por conversas, na verdade sei mais ou menos.” (E06).

O Brasil é um país de grande desigualdade socioeconômica e que abrange boa parte da população sem ter completado a fase mínima dos estudos que garante uma educação eficaz aprimora o pensamento crítico, a formação da ética, uma maior interação da teoria com a prática, Aprimorando o senso crítico e melhor -entendimento sobre direitos e como reivindicá-los. (BAGOLIN et al, 2007).

CATEGORIA 03: Sim conhecem o direito à privacidade em função da legislação do parto.

“Sei, devido à legislação eu sabia dos direitos durante o parto”. (E01).

“Sim, eles falaram na palestra da gestante.” (E05).

Quando o paciente conhece seus direitos, ele acaba contribuindo para seu tratamento, pois torna-se um cidadão informado, respeitado pelos profissionais de saúde, assim o sistema nacional de saúde se tornara mais justo e o paciente enfim terá a sua privacidade protegida. (ASSUGENI, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da coleta e análise dos dados foi possível entender que a maioria dos participantes não teve o direito à privacidade respeitada.

A maioria dos voluntários da pesquisa, em algum momento, mencionou que sofreram constrangimentos, exposição do corpo principalmente da região íntima na frente de pessoas estranhas (internos e acompanhantes), e também desrespeito cometido por parte da equipe de enfermagem ao não pedir licença para toca-los e nem resguardaram o corpo do interno.

Portanto, nota-se ainda que quase totalidade dos participantes afirma não saber sobre o direito à privacidade que todo paciente possui como assegurado por lei, e alguns participantes não souberam nem definir privacidade.

Diante dos resultados obtidos e apresentados recomenda-se a realização da educação continuada para todos os profissionais da saúde principalmente aos enfermeiros ressaltando a importância de respeitar a privacidade do paciente, assim como a realização de novos estudos para averiguar os motivos que levam a violação da privacidade do cirurgião. Quanto ao paciente, recomenda-se que sejam criados programas para informá-los sobre os direitos que a legislação os concede inclusive o direito à privacidade que como já comprovado por este estudo sofre graves negligências por parte da equipe de saúde e também pelos pacientes por não conhecerem e nem questionarem atitude que fere a sua privacidade.

Por fim espera-se que esta pesquisa contribua para melhorar a assistência de enfermagem ao paciente submetido a intervenção e que seja utilizado como instrumento de conhecimento e conscientização para a sociedade quanto ao seu direito à privacidade enquanto usuário do sistema único de saúde.

REFERÊNCIAS

ÁGUAS, A.C. **Privacidade nos cuidados de enfermagem**: Importância atribuída pelos alunos do 4º ano de licenciatura em enfermagem da UFP-porto. Porto, 2010.

ARAÚJO, S, V; HENRIQUE N, S, S. **Visita de enfermagem pré-operatória com finalidade educativa para o procedimento cirúrgico**. Ciências saúde. Taguatinga DF. 2012.

ASSUGENI, E. **Manual do paciente-direitos do paciente no SUS**. 2014. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/RenatoSfolia/manual-paciente-direitos-dos-pacientes>. Acesso em 13 de abr de 2017.

BEDIN, E; RIBEIRO, L, B, M; BARRETO, R, S, S – **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 01, p. 118 – 127, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

BROCK, J. Et al. **Invasão da privacidade em pacientes de uti**: percepções de profissionais. São camilo, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>. Acesso em 25 de fev 2017.

COREN, **Legislação de enfermagem**. 2008, Cuiabá, Mato Grosso. Disponível em: <<http://www.coren-mt.com.br/arquivos/Anexo-legislacao-enfermagem.pdf>> Acesso em: 05 abr. 2017.

GARRAFA, et al. **Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética**: a exposição de imagens de pacientes no facebook. Brasília- Df, 2016.

GERBER, V, K, Q; ZAGONEL, I, P, S. **A ética no ensino superior na área da saúde**: uma revisão integrativa . Scielo. Guarapuava, Paraná. 2013

GUIMARÃES, C, M; DOURADO, R,M. **Privacidade do paciente**: Cuidados de enfermagem e princípios éticos. Vol. 40. Nº 5. 2013. Goiânia, Goiás. Disponível em: <<http://seer.ucg.br/index.php/estudos/article/download/3051/1852>> Acesso em: 05 abr 2017.

LENZI, J. S. e SAWADA, N. O. **Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal**: percepção de pacientes hospitalizados. Florianópolis-SC, 2010.

MOURA, C. M. M. G. et al. **Preservação da privacidade em hemodiálise**: percepção dos enfermeiros. Rev. de enfermagem referência. Portugal, 2014.

PASSOS, E. **De anjos a mulheres**: ideologias e valores na formação de enfermeiras. 2º ed. Salvador: EDUFBA, 2012, 198p. Scielo Books Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 05 abr. 2017. M

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

O principal objetivo das Revistas da FACTU é promover a divulgação da produção intelectual do corpo docente e discente da Faculdade e também de profissionais externos à instituição. A revista fará as publicações de artigos originais, revisões literárias, resenhas de assuntos correlatos à diversas áreas.

CONDIÇÕES PARA A PUBLICAÇÃO

Todos os textos serão submetidos à Comissão Editorial da Revista, o material enviado deverá ser inédito e não poderá ser enviado a outras publicações. Os originais não serão devolvidos.

A extensão de cada trabalho deverá seguir os seguintes critérios:

- Artigos: máximo de 20 laudas;
- Revisões literárias: máximo de 20 laudas;
- Resenhas: de 3 a 5 laudas;

O trabalho deverá ser formatado em MSWord 2007, obedecendo às seguintes recomendações: o trabalho deve ser apresentado em papel branco, formato A4 (21 cm x 29,7 cm), digitados na cor preta com exceção das ilustrações, no anverso da folha. Deve ser utilizada a fonte tamanho 12 (Times New Roman) para o texto e tamanho 10 para citações de mais de três linhas, notas de rodapé, paginação, legendas das ilustrações e tabelas. Títulos serão destacados em negrito e caixa alta, subtítulos devem estar em caixa alta sem negrito, o uso de itálico deve ser limitado a palavras ou expressões em outro idioma, no decorrer do texto palavras (não expressões) podem ser destacadas utilizando-se negrito.

Todos os trabalhos devem ser apresentados em formato digital em que conste apenas o trabalho a ser examinado, acompanhado de 02 (duas) vias impressas, juntamente de uma carta encaminhada ao Editor da Revista autorizando sua publicação. O nome do arquivo deve ser o nome do autor, ex: seunome.doc.

As traduções deverão vir acompanhadas de autorização do autor e do original do texto. Quadros, tabelas, gráficos, ilustrações e fotos devem ser apresentados em folhas separadas com os respectivos títulos, comunicação da fonte e em condições ótimas para reprodução (para formatação desses elementos solicitar o Manual de Normas para publicação da FACTU).

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Página de rosto: a primeira página de cada artigo deverá indicar o título, o nome completo dos autores (máximo cinco), maior titulação e local(s) de trabalho.

Resumo: na segunda folha deverá constar um resumo em português de, no máximo, 150 palavras. O resumo deverá especificar o objetivo, uma breve descrição da metodologia, os apontamentos principais e as conclusões.

Palavras-chave: após o resumo em português, na mesma folha, é essencial uma lista de 3 a 5 palavras em português que descreva o conteúdo do trabalho.

Abstract: na terceira folha deverá constar o resumo em inglês, com no máximo 150 palavras, seguindo as mesmas especificações do resumo em português.

Texto: os artigos originais que contiverem coleta de dados **em campo** deverão obedecer, em linhas gerais, à seguinte seqüência: introdução; referencial teórico; metodologia; resultado e discussão dos dados; considerações finais e referências. As revisões bibliográficas deverão obedecer a seguinte seqüência: introdução,

desenvolvimento, considerações finais e referências.

Para resenhas é dispensado o resumo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências são alinhadas somente à margem esquerda do texto, sem o uso de recuo, digitadas em espaçamento simples e separadas entre si com espaço duplo. Devendo ser apresentadas em ordem alfabética em lista no final do trabalho, de forma complementar pode ser apresentada em nota de rodapé.

Indica(m)-se o(s) autor(es) pelo último sobrenome em letras maiúsculas, seguido do(s) prenome(s) e outros sobrenomes, abreviado(s) ou não. Recomenda-se adotar um padrão quanto ao uso ou não da abreviação.

PADRÃO DE UMA REFERÊNCIA

SOBRENOME, Prenomes do autor. **Título:** subtítulo. ed. Local: Editora, ano.

Exemplo:

FONSECA, Maria Guadalupe Piragibe da. **Iniciação à pesquisa no direito:** pelos caminhos do conhecimento e da invenção. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CITAÇÕES

As citações podem ser diretas ou indiretas, sejam obtidas de documentos ou de canais informais. As fontes de que foram tiradas as citações são indicadas pelo sistema alfabético ou pelo sistema numérico, no entanto, qualquer que seja o método adotado, deve ser seguido consistentemente ao longo de todo o trabalho. Existem alguns tipos de citação que explicaremos a seguir:

CITAÇÃO DIRETA

É a **transcrição literal** de um texto ou parte dele, conservando-se a grafia, pontuação, uso de letras maiúsculas e idioma. É usada somente quando um pensamento significativo for particularmente bem expresso, ou quando for absolutamente necessário e essencial transcrever as palavras de um autor. As transcrições no texto devem aparecer entre aspas quando inferior a 3 três linhas ou destacadas graficamente se superior.

a) citação de até três linhas: a citação de até três linhas deve ser inserida no parágrafo, entre aspas, tamanho da fonte 12, não se esquecendo de mencionar Autor, ano e página, conforme modelo a seguir:

Ex.1

Segundo Paulus (1775, p. 46) O “tratamento obtido pela nobreza portuguesa na corte de Madri deveu-se à exímia intervenção de D. Francisco.”

OU

Ex. 2

O “tratamento obtido pela nobreza portuguesa na corte de Madri deveu-se à exímia intervenção de D. Francisco.” (PAULUS, 1775, p. 46).

b) citação com mais de três linhas: a citação com mais de três linhas deve aparecer em parágrafo distinto, a 4 centímetros da margem do texto terminando na margem direita. Esta **deve** ser apresentada **sem aspas**, deixando-se espaço simples entre as linhas e 2 (dois) espaços simples entre a citação e os parágrafos anterior e posterior, conforme modelo:

Ex. 1:

Um objetivo é um alvo que precisa ser atingido para a organização poder atingir suas metas. Os objetivos são, por natureza, mais específicos que a definição da missão e são, na realidade, a tradução da missão em termos específicos e concretos com os quais se possa medir os resultados. Estabelecem-se muitos objetivos-marcos de execução das missões e da busca da consecução das metas. (STONER, 1985, p. 70).

Ou

Ex. 2:

Para Stoner (1985, p. 70),

Um objetivo é um alvo que precisa ser atingido para a organização poder atingir suas metas. Os objetivos são, por natureza, mais específicos que a definição da missão e são, na realidade, a tradução da missão em termos específicos e concretos com os quais se possa medir os resultados. Estabelecem-se muitos objetivos-marcos de execução das missões e da busca da consecução das metas.

CITAÇÃO INDIRETA

Também conhecida como **paráfrase**, é redigida pelo autor do trabalho com base em idéias de outro autor ou autores. Deve-se sempre indicar a fonte de onde foi tirada a idéia. As citações indiretas podem aparecer sob a forma de paráfrase, isto é, citação livre do texto, ou em forma de condensação que é a síntese dos dados retirados da fonte consultada, sem alterar fundamentalmente a idéia do autor, conforme exemplo a seguir.

Ex. 1

A palavra programa implica, um papel ativo, consciente e racional desempenhado por administradores na formulação da estratégia da organização e a estratégia é o programa geral para a consecução dos objetivos de uma organização (STONER, 1985).

Ou

Ex. 2

Segundo Stoner (1985), a palavra programa implica, um papel ativo, consciente e racional desempenhado por administradores na formulação da estratégia da organização e a estratégia é o programa geral para a consecução dos objetivos de uma organização.

CITAÇÃO DE CITAÇÃO

É a menção a um documento ao qual não se teve acesso, mas do qual se tomou conhecimento apenas por citação em outro trabalho. Esta forma de citação só deve ser usada na total impossibilidade de acesso ao documento original. A indicação é feita pelo sobrenome do autor original, ano da obra, seguido da expressão apud e do sobrenome do autor da obra consultada, ano da obra e página de for citação direta. Somente o autor da obra consultada é mencionado nas referências conforme exemplo a seguir:

NO TEXTO:

Segundo Mintzberg (1982 apud STONER, 1985, p. 70)

ou

(MINTZBERG, 1982 apud STONER, 1985, p. 70)

NA REFERÊNCIA:

STONER, J. A. F. **Administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1985. p. 68-87.

ENVIO

Os interessados em apresentar qualquer publicação para avaliação, que sejam diretamente ligados a Faculdade, como docentes e discentes, deverão entregar diretamente a Comissão Editorial na própria sede da Faculdade. Já os profissionais externos deverão enviar para o seguinte endereço:

Faculdade de Ciências e Tecnologia de Unai – FACTU
Comissão Editorial da Revista FACTU-Jurídica
Rua Rio Preto, 422 - Centro
CEP: 38.610-000 - Unai - MG

Editor:

aldeia88@gmail.com
nupex@mail.com