

CAMINHOS DO CONHECIMENTO

Bruno Matos de Farias
Organizador



 **epi
ta
ya**
Editora

Bruno Matos de Farias
Organizador

CAMINHOS DO CONHECIMENTO

1ª Edição
Rio de Janeiro – RJ
2026



CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
ASSISTENTE EDITORIAL	Equipe Editorial
MARKETING / DESIGN DIAGRAMAÇÃO/ CAPA	Equipe MKT
REVISÃO	Autores

COMITÊ CIENTÍFICO

PESQUISADORES	Profa. Drª Kátia Eliane Santos Avelar Profa. Drª Fabiana Ferreira Koopmans Profa. Drª Maria Lelita Xavier Profa. Drª Eluana Borges Leitão de Figueiredo Profa. Drª Pauline Balabuch Prof. Dr. Daniel da Silva Granadeiro Prof. Dr. Rômulo Terminelis da Silva
---------------	---

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F228p Farias, Bruno Matos de.
Caminhos do conhecimento [livro eletrônico]/
Organizador Bruno Matos de Farias. – Rio de Janeiro, RJ:
Epitaya, 2026.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-65-5132-058-3

1. Pesquisa científica. 2. Interdisciplinaridade. 3. Conhecimento científico. 4. Produção acadêmica. 5. Educação superior. I. Título.

CDD 001.4

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

APRESENTAÇÃO

O conhecimento não percorre um único caminho. Ele se constrói a partir de diferentes olhares, experiências, perguntas e campos de investigação que, quando colocados em diálogo, ampliam a nossa compreensão sobre o ser humano e a sociedade.

É nesse sentido que nasce **Caminhos do Conhecimento**, uma obra multidisciplinar que reúne estudos dedicados a diferentes áreas do saber, tendo como fio condutor a busca pela compreensão, pela reflexão crítica e pela produção de conhecimento capaz de contribuir para a prática profissional e para a transformação da realidade.

Ao longo dos capítulos, o leitor encontrará diferentes perspectivas sobre educação e desenvolvimento humano, saúde, assistência médica, saúde mental, atenção primária, urgência e emergência, saúde da mulher, oftalmologia, dermatologia, cirurgia, ortopedia, pediatria e psicanálise.

Na área da educação, os capítulos dedicados ao construtivismo e ao desenvolvimento cognitivo infantil, bem como às metodologias ativas, refletem sobre os processos de aprendizagem e sobre os desafios que atravessam a prática docente. São discussões que colocam o sujeito, sua formação e suas experiências no centro do processo educativo.

No campo da saúde, a obra reúne estudos que percorrem diferentes níveis de atenção e situações clínicas, abordando desde o matriciamento em saúde mental na Atenção Primária e a coordenação do cuidado na Estratégia Saúde da Família até questões relacionadas às urgências e emergências, como crises psiquiátricas, sepse, febre sem sinais localizatórios no lactente e sangramento uterino anormal.

Também estão presentes discussões voltadas à epidemiologia, à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento de diferentes condições de saúde, incluindo oftalmopatias congênitas infecciosas, sífilis, osteoartrite, lesões cutâneas suspeitas e câncer de pele. Outros capítulos abordam a avaliação pré-anestésica e os protocolos de recuperação após procedimentos cirúrgicos, evidenciando a importância da segurança, da sistematização da assistência e da qualificação do cuidado.

Encerrando esse percurso, a reflexão sobre Freud e Lacan amplia ainda mais os horizontes da obra ao aproximar o leitor de questões relacionadas à pulsão, ao sintoma e ao sujeito, lembrando-nos de que compreender a saúde e o ser humano exige também considerar suas dimensões subjetivas.

Assim, **Caminhos do Conhecimento** não pretende reunir saberes apenas pela diversidade de seus temas, mas aproximá-los pelaquilo que têm em comum: a inquietação diante da realidade e o desejo de compreendê-la melhor.

Cada capítulo representa uma possibilidade de olhar. Cada estudo, uma pergunta. Cada área, um caminho.

E é justamente no encontro entre esses diferentes caminhos que o conhecimento se amplia.

Que esta obra possa contribuir para novas reflexões, estimular o diálogo entre diferentes áreas e, sobretudo, reafirmar a importância da ciência, da pesquisa e da formação contínua na construção de práticas mais conscientes, qualificadas e transformadoras.

Desejamos a todos uma excelente leitura.

Prof Dr Bruno Matos de Farias

Editor-Chefe Editora Epitaya

SUMÁRIO

Capítulo 1.....	07
O CONSTRUTIVISMO E DESENVOLVIMENTO COGNITIVO INFANTIL NA TEORIA DE PIAGET: UMA ANÁLISE DAS ATIVIDADES DO LAR DOS PEQUENINOS	
<i>Gabriela Leal Nunes</i>	
Capítulo 2.....	09
METODOLOGIAS ATIVAS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO DOCENTE	
<i>Adegmar Ferreira Borges Tavares</i>	
Capítulo 3.....	11
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA APS: IMPACTO NOS DESFECHOS DOS PACIENTES	
<i>Vitória de Negreiros Barboza; Dhoulglas Diniz Mota; Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Felipe Sfolia; Isabela Wenglarek Delorenzo</i>	
Capítulo 4.....	32
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR OFTALMOPATIAS CONGÊNITAS INFECCIOSAS NO SUS	
<i>Alessandra Almeida Rocha; Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Laura Poeta</i>	
Capítulo 5.....	34
SÍFILIS E SUA REEMERGÊNCIA: ESTADIAMENTO CLÍNICO, INTERPRETAÇÃO DE EXAMES E MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA	
<i>Gabriella Gonçalves Evangelista; Vitor Christo Leone; Pedro Christo Leone; Tamires de Cássia Miranda Calixto Belleboni; Latife Said Zeitum</i>	
Capítulo 6.....	37
CRISES PSIQUIÁTRICAS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
<i>Isabela Wenglarek Delorenzo; Bruna Tífani Bitzcof; Gabriel Mendes Nascimento; Querem Evelyn da Silva Pereira; Lethicia Altina Prado da Silva</i>	
Capítulo 7.....	40
FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS NO LACTENTE: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E USO RACIONAL DE EXAMES	
<i>Lidia Braz Fernandes; Vitor Christo Leone; Pedro Christo Leone; Cesar Romero Lima Ferreira; Juliana de Oliveira Alves</i>	
Capítulo 8.....	52
SEPSE NO PRONTO ATENDIMENTO: DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	
<i>Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Vitor Christo Leone; Pedro Christo Leone; Giulia Weber Fernandes da Silva; Rebeca Ribeiro Marques</i>	

Capítulo 9.....	55
COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PREVENÇÃO, LONGITUDINALIDADE E INTEGRALIDADE	
<i>Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Stephanie Bueno; Querem Evelyn da Silva Pereira; Júlia Dalegrave Marques; Anne Carolyne Luzia Gonçalves Rufino</i>	
Capítulo 10.....	71
SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL NO PRONTO ATENDIMENTO	
<i>Caroline Martins Shor; Cesar Romero Lima Ferreira; Juliana de Oliveira Alves; Valéria Souza Bentes da Cunha</i>	
Capítulo 11.....	71
OSTEOARTRITE DE JOELHO E QUADRIL: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO CONSERVADOR E INDICAÇÕES CIRÚRGICAS	
<i>Lorenzo Hendler Maggi; Lucas Bortogliero do Valle; Luiz Fernando Jun Aoyagi; Juliana de Oliveira Alves; Giulia Weber Fernandes da Silva</i>	
Capítulo 12.....	71
AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E OTIMIZAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE CIRÚRGICO	
<i>Caio Augusto Dias Carneiro; Diego Daltro Fernandes Gomes; Moana Borçato Cestari; Juliana de Oliveira Alves; Júlia Dalegrave Marques</i>	
Capítulo 13.....	71
OLHO VERMELHO NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E SINAIS DE GRAVIDADE	
<i>Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Alessandra Almeida Rocha; Juliana de Oliveira Alves</i>	
Capítulo 14.....	71
LESÕES CUTÂNEAS SUSPEITAS: AVALIAÇÃO CLÍNICA, DERMATOSCOPIA E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PELE	
<i>Déborah Ellen Alves Vieira Santos; Alexandra Saray Borja Mancheno; Bruno Francisco de Assis Jung Policarpo; Eduarda Mansano Estigarribia; Gabriela Reginato Prates Martins</i>	
Capítulo 15.....	71
ADESÃO AO PROTOCOLO ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) E SEUS IMPACTOS	
<i>Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva; Maria Luiza Gomes Moreira; Laura Poeta</i>	
Capítulo 16.....	71
O CÓDIGO DA VIDA ENTRE A VIDA E A MORTE: A PULSÃO, O SINTOMA E O SUJEITO EM FREUD E LACAN	
<i>Lilian Cristina Gomes Oliveira</i>	

CAPÍTULO 1

O CONSTRUTIVISMO E DESENVOLVIMENTO COGNITIVO INFANTIL NA TEORIA DE PIAGET: UMA ANÁLISE DAS ATIVIDADES DO LAR DOS PEQUENINOS

Gabriela Leal Nunes

Aluna do curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá.
Artigo realizado sob a orientação da Profª Erika Gelsenke

RESUMO

O propósito deste artigo é discutir o desenvolvimento humano infantil aplicado a crianças que contemplam o segundo período do desenvolvimento estipulado por Piaget, comparando suas análises e teorias à observação prática de crianças no período definido. Buscando entender o processo do desenvolvimento humano e a relevante para o entendimento da concepção humana. Assim como estudar os períodos desse desenvolvimento, definidos por Piaget, no qual proporciona o entendimento evolutivo do ser. Sabemos que os estudos dos períodos que abrangem cada faixa etária humana possibilitam compreender a forma como o indivíduo desenvolve sentimentos e seu intelecto, expressam suas emoções e interação com o meio em que vive. Dessa forma, ao examinar os trabalhos sobre o desenvolvimento cognitivo humano aplicado as crianças de idade entre dois e três anos percebem-se que independentemente da faixa etária o indivíduo pode desenvolver-se de forma independente de outros indivíduos de mesma faixa etária, mediante seu meio de convívio e crescimento. Com base na revisão de literatura na temática do desenvolvimento da aprendizagem infantil, esse estudo foi produzido pelas análises de atividades realizadas em sala de aula nas turmas do maternal.

Palavra-chave: Desenvolvimento Infantil. Período Pré-operatório. Piaget.

INTRODUÇÃO

O tema deste estudo é a construção e o desenvolvimento da cognição infantil segundo a teoria de Piaget e sua aplicação em crianças no período Pré-operatório com base em observação de crianças do Lar dos Pequeninos. O assunto é pertinente à área da psicologia, pois estuda o desenvolvimento do ser humano em todos os seus aspectos: físico-motor, afetivo-emocional, intelectual ou social em um indivíduo, desde o nascimento até a idade adulta. A teoria que deu luz a abordagem teórico-metodológica deste trabalho é construtivista, cunhada por Jean Piaget. Nesse sentido, a

problemática deste estudo consiste no seguinte questionamento: as teorias de Piaget são válidas para sua aplicação no desenvolvimento de metodologias de ensino infantil?

O argumento da hipótese desta pesquisa qualitativa baseia-se que, os estudos desenvolvidos por Piaget podem ser considerados como metodologia de ensino infantil. Visto isto, esse trabalho foi desenvolvido delimitando-se em período e grupo estudado através dos relatórios de observação da interação social na educação infantil, na turma do maternal no período de 15 de maio de 2019 a 20 de dezembro de 2019, que abrange crianças de 2 e 3 anos de idade. O objetivo geral desta pesquisa é abordar o desenvolvimento mental como uma construção contínua, que se aperfeiçoa e se solidifica durante a vida escolar. Os objetivos específicos são a validação da teoria de Piaget na prática escolar através das atividades em sala de aula, assim como acompanhamento do progresso do resultado das tarefas realizadas com os alunos.

A relevância dessa pesquisa se justifica pela importância do entendimento do processo evolutivo do desenvolvimento humano definido por Piaget como fonte para o entendimento da concepção do ser humano, e sua aplicabilidade no processo de ensino infantil na pré-escola. Há que ressaltar ainda a relevância pessoal desse estudo, visto que a pesquisadora atua na escola em questão, e pretende aplicar os resultados dessa pesquisa em sua atuação profissional.

MATERIAIS E MÉTODOS

O artigo foi desenvolvido adotando como metodologia qualitativa descritiva uma revisão de literatura já existente sobre o tema, visando o embasamento do aporte teórico, e análise de relatórios produzidos na Escola Filantrópica de Educação Infantil Lar dos Pequeninos, situada em Maricá, RJ.

1. Descrição do sujeito ou do objetivo de estudo

A Escola Filantrópica de Educação Infantil: Lar dos Pequeninos é oriunda de uma iniciativa da Instituição Filantrópica Seara do Amor (IFISA) que desenvolveu um projeto sem fins lucrativos para atender crianças carentes de 2 a 5 anos de idade.

2. Delimitação da pesquisa

Para fins desta pesquisa foi estipulado como alvo da pesquisa crianças entre de 2 anos a 3 anos, alunos do Lar dos Pequeninos. Foi definida esta instituição como universo de estudo devido ao fato de ser o local de desenvolvimento da experiência profissional da pesquisadora deste trabalho, assim como a faixa etária determinada, que engloba o público de crianças com as quais a pesquisadora trabalha. Este estudo também definiu o período

pré-operatório difundido por Piaget como recorte para a demarcação do trabalho.

3. Procedimentos específicos

Para esse estudo a pesquisadora perpetrou um levantamento bibliográfico de artigos relevantes ao tema para fazer uma revisão de literatura da área. Esse levantamento foi executado através de consulta às bases de dados como a Biblioteca Virtual de Psicologia Brasil (BVS -Psi), Scielo, PubMed e o portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC). Os relatórios analisados nessa pesquisa foram desenvolvidos em 2019 no decorrer da experiência profissional da pesquisadora exercida com professora de ensino de Educação Infantil.

A revisão de literatura possibilitou a discussão do tema em questão sob a ótica do discurso elaborado por Piaget a respeito do assunto tratado, debatido e analisado por seus pares. A análise de relatórios realizados durante o período acadêmico e do desenvolvimento de práticas profissionais da pesquisadora na área, proporcionou a apreciação da prática vivenciada a respeito do desenvolvimento infantil tendo aplicação dos estudos de Piaget. Com a dotação desta metodologia tornou-se possível criar um diálogo entre a teoria e a prática que culminou em uma compreensão mais clara do processo de desenvolvimento infantil.

APRESENTAÇÃO DA ESCOLA FILANTRÓPICA DE EDUCAÇÃO INFANTIL: LAR DOS PEQUENINOS

A partir da revisão de literatura sobre o desenvolvimento infantil em Piaget, este trabalho tem o propósito de apresentar as observações do processo de desenvolvimento das crianças do maternal II do Lar dos Pequeninos. As atividades foram realizadas pela professora Gabriela Leal Nunes na escola localizada em Itaipuaçu, no município de Maricá. A escola atende crianças carentes de 2 a 5 anos de idade, é um projeto de amor e caridade que não possui fins lucrativos. É uma iniciativa da Instituição Filantrópica Seara do Amor (IFISA). A instituição atende uma média de 30 crianças no horário das 07h 30 min às 17h30 min, de segunda-feira à sexta-feira. As crianças são atendidas com 5 refeições, uniforme, trabalho pedagógico e uma rotina elaborada por educadoras.

A psicologia é um agente fundamental na investigação das modificações dos mecanismos na relação do indivíduo com o mundo e tem um papel importantíssimo nos estudos comportamentais e processos de aprendizagem. Pelo viés dos estudos de Jean Piaget, observamos na creche que o desenvolvimento humano constitui entender os predicados comuns de uma faixa etária, sobretudo a partir da intelectualidade das crianças da faixa

etária de 2 anos a 3 anos. Constatamos que as crianças na escola percebem, compreendem e se comportam diante do mundo de formas próprias.

O DESENVOLVIMENTO HUMANO SOB A ÓTICA DE PIAGET

Jean William Fritz Piaget, considerado um dos mais importantes pensadores do século XX, possuiu uma forte base intelectual, como biólogo, psicólogo e epistemólogo, para desenvolver seus estudos utilizando-se de uma abordagem interdisciplinar. Acredita-se que sua obra intitulada 'A linguagem e o pensamento na criança', que apresenta um quadro do processo de aprendizado infantil, foi o início de uma obra influente sobre o desenvolvimento humano (GUEDES, 2018).

O equilíbrio é o alicerce na teoria de Piaget. Segundo ele, O desenvolvimento cognitivo ocorre através de equilíbrios e desequilíbrios no próprio meio ambiente; qualquer alteração resulta impreterivelmente em alterar o estado de repouso. Para alcançar o equilíbrio, é necessário passar por 2 estados; o de assimilação (sem alterar estruturas, atribui significações através de experiências que interage) e a acomodação (onde o indivíduo é impelido a se modificar para ajustar às demandas impostas pelo meio).

Para Piaget, a assimilação é tomada como a capacidade de o sujeito incorporar um novo objeto ou ideia a um esquema, ou seja, às estruturas já construídas ou já consolidadas pela criança. Já a acomodação seria a tendência do organismo de ajustar-se a um novo objeto e assim, alterar os esquemas de ação adquiridos, a fim de se adequar ao novo objeto recém-assimilado. Embora opostos, ocorrem ao mesmo tempo, um prevalecendo sobre o outro concomitantemente.

De acordo com Teixeira (2015) os estudos sobre o desenvolvimento cognitivo Piaget foram impulsionados por sua observação dos seus filhos, e principalmente de outras a crianças. Através dessas observações ele elaborou os quatro estágios do desenvolvimento cognitivo no ser humano, o que alavancou sua Teoria Cognitiva. Os ensinamentos de Piaget sobre o desenvolvimento humano defendem a premissa de que cada faixa etária percebe, compreende e se comportar diante do mundo de formas próprias.

Cada faixa etária apresenta aspectos distintos do desenvolvimento humano. Estudar o desenvolvimento humano constitui entender os predicados comuns de uma faixa etária¹. Segundo Santana (2010) cada faixa etária percebe, compreende e se comportar diante do mundo de formas

¹ A lei 8.069/1990 define criança como toda pessoa que possua até 12 anos de idade incompletos. Sendo assim, para fins dessa pesquisa, as crianças estão na faixa etária entre 2 a 3 anos de idade, pois estão englobadas em tal categoria de idade, fazem parte do quadro de seres humanos observados na prática profissional expressa no trabalho e se enquadra no segundo período do estágio de desenvolvimento humano tratado por Piaget.

próprias. No entanto, cada uma dessas faixas etárias apresenta aspectos distintos do desenvolvimento humano. São eles:

Aspecto físico-motor - refere-se ao crescimento orgânico, ao amadurecimento neurofisiológico, da capacidade de manuseio de objetos e do desempenho do próprio corpo.

Ex.1: A criança que leva objetos a boca.

Ex.2: A criança que consegue engatinhar até os pais que estão mais afastados.

Nos dois exemplos as crianças já conseguem coordenar os movimentos do seu corpo.

Aspecto intelectual – refere-se à capacidade de pensamento, raciocínio.

Ex.1: A criança que utiliza um objeto para puxar um brinquedo que está em um local que ela não consegue ter acesso.

Ex.2: A criança que usa um banquinho para subir e alcançar algum objeto que esteja em um lugar mais alto e que não alcançaria sem auxílio.

Em ambos os exemplos a criança percebeu que não conseguiria alcançar os objetos de desejo apenas com sua estrutura corporal e precisavam de uma ajuda para o conseguir. Sendo assim, ambas planejaram ações por meio do uso de uma ferramenta para conseguir realizar a ação que a princípio não conseguiriam.

Aspecto afetivo-emocional – é a forma particular e única do ser humano expressar suas experiências. É o sentir.

Ex.1: A forma de demonstrar contentamento da criança em receber um presente.

Ex.2: O temor da criança diante de uma repreensão.

Em ambos os exemplos a criança reage a situação manifestando suas emoções.

Aspecto social – é o jeito como o indivíduo responde mediante a outras pessoas.

Ex.1: Quando em uma festa infantil uma criança se mantém afastada das outras crianças.

Ex.2: Quando em uma atividade em grupo as crianças se aproximam das outras para a realização das tarefas.

Nos dois exemplos as crianças reagem à presença de outros indivíduos, seja se isolando ou se aproximando.

Segundo Terra (2006) Piaget estuda o desenvolvimento humano como um processo evolutivo da espécie humana definindo 4 períodos no progresso desse processo. Esses períodos são relativos as faixas etárias vividas por cada pessoa no transcorrer de sua vida. Os estudos de Piaget implicam que cada período do desenvolvimento cognitivo prepara o indivíduo para as próximas fases do aprendizado e consequentemente do desenvolvido intelectual de modo que o fim de uma fase acaba constituindo uma pré-condição a próxima.

O aprendizado é um processo gradual. Sendo assim, o desenvolvido humano de uma criança começa ainda quando ela não é capaz de distinguir

a existência de um mundo externo, que ocorre no período inicial da vida. Os períodos dividem-se em:

1º período: Sensório motor (0 a 2 anos)

Nesse período a criança baseia-se em percepções sensoriais e em esquemas motores para resolver seus problemas, que são os considerados práticos. Nessa fase considera-se que a criança ainda não possui pensamentos, pois ainda não possui capacidade de conceber eventos, lembrar do passado e imaginar o futuro. Seus esquemas sensório motores são constituídos por reflexos naturais, que são usados para lidar com o ambiente em que vive. Com o tempo a criança vai formando sua habilidade transformar suas atividades em relação ao meio. Assim ela vai construindo e organizando noções. As concepções de espaço, tempo e casualidade vão sendo estabelecidas e possibilitam que a criança desenvolva novas formas práticas de lidar com o meio.

2º período: Pré-operatório (2 a 7 anos)

Esse período será melhor abordado a seguir, pois é o período em que as crianças observadas nessa pesquisa se enquadram.

3º período: Operações concretas (7 a 11 ou 12 anos)

Esta é a fase em que o pensamento lógico e objetivo prevalece. Durante esse período as ações interiorizadas vão se tornando mais reversíveis, e consequentemente móveis e flexíveis. A criança então se torna capaz de construir um conhecimento mais compatível com o mundo em que vive.

4º período: Operações formais (11 ou 12 anos em diante)

Nesta fase o pensamento liberta-se das limitações da realidade e a criança se torna capaz de raciocinar logicamente, passando a trabalhar com as realidades concretas e possíveis.

Conforme Furtado, Bock e Teixeira (1999) os períodos determinados por Piaget são qualificados “por aquilo que o indivíduo consegue fazer melhor” no decorrer dessas faixas etárias ao longo do seu processo de desenvolvimento. Sendo assim, a divisão por idade de Piaget pode ser adotada apenas como uma referência, uma vez que cada um desses períodos se caracteriza pelo que o sujeito consegue fazer, não dependendo fundamentalmente da faixa etária da pessoa, mas de suas características biológicas e de fatores educacionais e sociais específicos.

Seguindo essa premissa, apesar de todos os indivíduos vivenciarem esses 4 períodos, e na mesma sequência, o início e o fim de cada um deles está sujeito a variações em função das características da estrutura biológica de cada um, assim como aos diferentes estímulos vivenciados por cada indivíduo de acordo com o meio ambiente em que se insere. Este fato é sinalizado por Coll e Gillièron (1987) que apontam que cada um desses períodos é assinalado por formas distintas de organização mental que possibilitam diferentes maneiras de o indivíduo se relacionar com a realidade que o rodeia.

O PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO A PARTIR DAS ANÁLISES DAS ATIVIDADES NO LAR DOS PEQUENINOS

O período Pré-operatório é distinguido pela manifestação da linguagem oral. Nesse processo a criança começa a construir internamente esquemas de ações, chamados de esquemas representativos ou simbólicos. Nessa fase a criança pode substituir objetos, ações, situações e pessoas por símbolos, que são as palavras, e assim começa o desenvolvimento da oralidade.

É nesse período que se acentua a transformação dos esquemas de ação em esquemas mentais, que segundo Piaget ocorre desde o primeiro período ao último, como nos afirma Piaget (2000) "Conhecer um objeto implica a sua incorporação a esquemas de ação, e isto é verdade desde os comportamentos sensório-motores elementares até as operações lógico-matemáticas superiores." Sendo assim, esse processo de transformação é gradual e nesse período define a passagem do nível das ações para o nível da constituição das operações mentais. Esse processo representativo da fase Pré-operatória é a base para a construção das operações lógicas elementares. E é nessa etapa que Piaget considera o início da linguagem.

É nesse período também que sucede o animismo, que é a atribuição de sentimentos e desígnios a coisas e animais, percebido na tendência das crianças de dar vida e animar objetos, astros da natureza e os próprios componentes da natureza em geral, como quando as crianças desenhavam olhos, nariz e bocas em casas, carrinhos, sol, nuvens, etc.

Na literatura é possível perceber ainda o egocentrismo característico nas crianças desse período, uma vez que elas não entendem uma realidade da qual não façam parte. Isso acontece porque nessa fase as crianças ainda não possuem esquemas conceituais e lógicos desenvolvidos. Terra ([2006], apud Rappaport, 1981) aponta que essas crianças demonstram aptidão para atuar de forma coerente, pois já constituíram a capacidade de formar esquemas sensoriais-motores no primeiro determinado por Piaget. No entanto, ainda elas possuem um entendimento da realidade de forma equilibrada, pois ainda lhes faltam os a competência para construir esquemas conceituais.

Entendendo o processo do desenvolvimento humano, sobretudo o infantil, e vivenciando esse processo em minha prática profissional se tornou claro que, assim como para a psicologia, para o ensino é de suma importância conhecer o desenvolvimento cognitivo da criança. As crianças analisadas no relatório desta pesquisa possuem idades entre 2 e 3 anos, e se enquadram no Pré-operatório, o segundo período definido por Piaget.

Durante o ano letivo de 2019 na turma do maternal II no Lar dos Pequeninos, a professora começou com as chamadinhas com os alunos. Nos primeiros meses do ano as crianças vinham acompanhadas de suas fotos para a presença, depois das férias se iniciou o processo sem as fotos. Meses depois, as crianças passaram a se reconhecer pelos nomes, e adoraram conhecer palavrinhas com a mesma inicial do nome.

A partir disso, a professora apresentou as vogais para a turma, ela usou balões pela parede a fim de que as crianças estourassem para descobrir a letra de dentro e em seguida formar as palavras. Na turma foi trabalhada a letra “O” de diversas formas, usando animais, partes do corpo, nome de pessoas, etc. Também foi apresentado a letra “U”, as crianças se deliciaram comendo as uvas, e puderam fazer um suco da fruta para se refrescar.

No Lar dos Pequeninos a professora da educação infantil trabalhou bastante com texturas. O tempo todo foi testado e explorado todos os sentidos das crianças, que precisam ser trabalhados para que o seu desenvolvimento seja potencializado. O tato é fundamental na fase Pré-Operatório, sendo assim as crianças na creche experimentaram diversos tipos de textura, mole, dura, macia, áspera, seca, molhada, etc. Elas adoraram conhecer. Para o autoconhecimento a professora do Lar dos Pequeninos realizou uma atividade muito interessante sobre o corpo humano. Ela levou para a sala de aula um esqueleto de brinquedo para que as crianças identificassem todas as partes do corpo.

Foi importante para a turma a identificação do esqueleto com o próprio corpo, porque as crianças aprenderam quais são os alimentos saudáveis para que os ossos permaneçam fortes para brincar e estudar. O processo de interação social na escola foi aplicada por via de agrupamentos. A professora do Lar dos Pequeninos realizou diversas atividades em grupo. Criou diversas brincadeiras dividindo a turma em diferentes formatos de grupos de meninas e meninos, misturados, grupos grandes e pequenos. Também aprenderam a agrupar diversas coisas, como por exemplo animais, separamos animais com asas de animais com patas, agrupamos as cores, aproveitando para revisá-las, entre outros.

Na semana seguinte a professora trabalhou em sala de aula com a temática das profissões, ela apresentou diferentes profissões para as crianças. A educadora simulou uma compra no supermercado, apresentando o operador de caixa, o padeiro e o açougueiro. Ela chamou a turma para fazer um passeio na escola entrevistando os funcionários, os alunos conheceram a cozinha, a tia da limpeza, e etc. O momento foi oportuno para que aluno pudesse relatar a profissão que gostaria de ter quando crescer e foi muito

proveitoso. No final, a turma deu uma volta em na brinquedoteca para procurar por elas e brincar.

Acerca da importância das crianças terem um lar, a professora do Lar dos Pequenininhos realizou brincadeiras de casinha a fim de estimular as crianças a falar o que mais gosta de fazer em casa. Para ilustrar e estimular a imaginação, a educadora contou a história dos *Três Porquinhos* para enfatizar a importância da família, e as diferentes famílias que existem, uma forma de reforçar quem são as pessoas que amamos e queremos sempre ter por perto.

Paralelamente as experiências em sala de aula acima, os pesquisadores Menestrina *et al.* (2014) realizaram um experimento prático com crianças que foram avaliados conforme a faixa etária estipulada por Piaget, afim de comparar as conclusões de Piaget com os resultados obtidos através de seu experimento. Segundo Menestrina, de acordo como as teorias de Piaget, a criança de 4 anos “manipula as palavras mentalmente e é capaz de representar situações, fatos e objetos através delas, já formando frases e colocando-as no tempo gramatical correto”.

Eles observaram que nessa faixa etária o animismo, o finalismo, a presença de lembranças pessoais, o raciocínio transdutivo, possível captar uma ansiedade e uma sensação de importância na criança e a associação de uma possível experiência pessoal. Todas essas observações dessa pesquisa conferiram com as definições de Piaget para a faixa etária correspondente.

Menestrina *et al.* (2014) também observa a compatibilidade do resultado em que as crianças de 6 anos entenderam a transitividade como o proposto para essa faixa etária por Piaget. Assim, como comprovou que as crianças dessa idade são capazes de realizar atividade lógica como seriação simples, em que se faz a seriação de objetos de acordo com o senso espacial. Para este artigo trabalhamos as informações pertinentes na faixa etária estabelecida para essa pesquisa, não abrangendo as demais faixas etárias.

Segundo Menestrina *et al.* (2014) seu experimento teve um total de 31 experimentos realizados semelhantes aos que Piaget realizou com crianças e adolescentes quando propôs as 4 etapas do desenvolvimento cognitivo. Esse experimento conclui que apesar dos avanços tecnológicos desenvolvidos desde as publicações de Piaget até a publicação de seu artigo a teoria de Piaget continua sendo relevante e atual, assim como o fato constatado por esses pesquisadores de que algumas crianças apresentam desenvolvimento extremamente rápido, enquanto outras têm um desenvolvimento tardio, também como explanado nos trabalhos de Piaget.

Dias (2010) também se debruça sobre as teorias de Piaget para desenvolver seu estudo sobre o desenvolvimento cognitivo no processo de aquisição de linguagem. Em seu artigo Dias discute apenas os dois primeiros períodos de Piaget alegando que estes apresentam marcos fundamentais para o período inicial de aquisição da linguagem. Segundo Dias (2010) nesse período “acontece a passagem do plano da ação para o plano da

representação, o que é caracterizado pelas primeiras condutas simbólicas”, ocorre então o aparecimento da linguagem e da brincadeira simbólica e imitações. Sendo assim, Dias (2010) ressalta a transformação dos esquemas de ação em esquemas mentais como ponto central do período Pré-operacional.

Sobre o processo de ação no desenvolvimento, no Lar dos Pequeninos a professora realizou uma oficina de culinária, fazendo o “suco do Hulk”. As crianças conheceram a couve e adoraram provar e ficar fortinhos. Da mesma forma, foi feita a aplicação para a cor roxa, os alunos fizeram uma roda para falar sobre as características de cada um, sobre a cor do cabelo, dos olhos e da pele. Depois, foi enfatizado pela professora que as pessoas também podem pintar o cabelo da cor que quiserem, e assim foi feito uma mistura das cores e em folha as crianças desenharam diferentes cabelos. Por fim, realizaram uma pintura livre com a beterraba.

De acordo com Dias (2010) o período pré-operatório é a base para a construção das operações lógicas elementares como aspectos cognitivos, marcando assim o início da linguagem, uma vez que aparenta tecer estreitas relações com os aspectos cognitivos. Percebe-se isso também nas colocações de Piaget, que sugerem que o desenvolvimento linguístico depende do desenvolvimento da inteligência, enquanto esse desenvolvimento linguístico pode ser considerado uma representação do desenvolvimento cognitivo. Neste sentido, entende-se que o desenvolvimento cognitivo, que acontece desde o nascimento da criança, passa pelo desenvolvimento sensório-motor e possibilita o surgimento do simbolismo, sendo este uma representação cognitiva.

Esse é um processo interligado que pode representar a existência de uma pré-linguagem. Todos os períodos estabelecidos por Piaget vão evoluindo em todos os aspectos, inclusive o aspecto mais relevante para Piaget que é o cognitivo, que tem como característica mais relevante à linguagem.

Sobre o simbolismo no construtivismo, a professora avaliou o progresso das crianças na forma geométrica. No primeiro bimestre as crianças já conheciam a forma de círculo, mas só no segundo elas aprenderam a realizar sozinhas o movimento do círculo na folha. A educadora fez uma roda para que elas observassem como era feito no papel, e demonstrou como desenhava um boneco em formato de círculo com a cabeça dele. Igualmente, ela trabalhou com os conceitos matemáticos em sala de aula. Apresentou as crianças de diversas formas o dentro/fora, em cima/embaixo, à frente/atrás, longe/perto, leve/pesado, explorando ao máximo o lúdico das crianças. Nas atividades de longe e perto, foi feita uma roda de conversas sobre o que tem perto da casa de cada um, e depois os alunos desenharam os seus relatos.

No dia seguinte, a professora do Lar dos Pequeninos apresentou os números para as crianças, foram apresentados os numerais 1 e 2. As crianças fizeram atividades para conhecer o movimento dos mesmos, como

na caixa de areia. Além disso, as crianças realizaram muitos movimentos com tinta a dedo em folha, enfeitando-os em cartolina. O recurso de músicas foi utilizado para relacionar à quantidade, assim como os brinquedos e os objetos. Para o numeral 2, a professora pôde relacionar as duas amigas Maitê da sala, para que conseguissem relacionar o número a quantidade.

Ao longo do ano as crianças do Lar dos Pequeninos aprenderam outros numerais. Com isso, foi fixado sempre para eles as quantidades relacionadas através de brincadeiras, histórias e atividades. Depois de muitas atividades desenvolvidas, a professora propôs que os alunos juntos preparassem um bolo para lanche no recreio, seguindo as quantidades ditas.

Visto isto, Gomes e Ghedin (2011) ressaltam que a forma como Piaget idealiza a inteligência no processo de desenvolvimento do ser humano deixando claro que ela se modifica enquanto a criança evolui. Esse processo inicia-se com uma inteligência sensório-motora até alcançar o estágio completo de inteligência. Ou seja, a inteligência não seria uma característica inata do indivíduo. Tão pouco é algo adquirido um dado momento do desenvolvimento mental. Acerca desse estágio cognitivo, no aniversário do município de Maricá a professora do Lar dos Pequeninos conversou com as crianças sobre o lugar onde vivem, sobre os nossos pontos turísticos e sobre nossa natureza.

Eles relataram como é a praia de Itaipuaçu, e depois fizeram uma pintura bem bonita da Pedra do Elefante. Os relatos das crianças sobre o meio onde vivem levanta um ponto interessante no que se refere à teoria do desenvolvimento humano estar ligado a interação do indivíduo com seu meio de Piaget. Segundo Ferracioli (1999) para Piaget, os indivíduos adquiriram conhecimento que forma sua inteligência e essa construção se dá através da estrutura dessa interação. Assim, para Piaget, todo pensamento se origina na ação provinda da interação do indivíduo com o meio e vice-versa e para entender a constituição das operações intelectuais é imperativa a observação da experiência que o sujeito e o meio exercem.

Apesar de Ferracioli (1999) levantar pontos que coincidem com outros autores, ele enfatiza que as teorias de Piaget, diferentemente de muitos pesquisadores, possam ser tomadas como um método pedagógico. Segundo ele, Piaget o objetivo era a busca do entendimento de como o conhecimento é construído e não formular teorias de aprendizagem. No entanto, o autor sugere que as propostas pedagógicas podem utilizar os estudos de Piaget como diretrizes para elaboração de uma metodologia de trabalho didático-pedagógica para aplicação no processo do ensino.

É de consenso entre diversos pesquisadores que independente do período, da faixa etária e do aspecto em que o indivíduo esteja processando seu desenvolvimento será diretamente influenciado pelo meio em que vive e os estímulos que sofre nesse meio, assim como poderá apresentar um desenvolvimento distinto em momentos distintos e com progressos distintos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, de acordo com Piaget a configuração de pensamento e comportamento das crianças é diferente em relação aos dos adultos e entre si. Cada período do desenvolvimento, definida por ele, apresenta formas próprias de pensar, ponderar, agir, sentir e se expressar. O método científico utilizado por Jean Piaget consiste em investigar a gênese do conhecimento construído pelo sujeito em suas relações com o meio.

Piaget considera que são necessários os procedimentos de observação das respostas e ações do sujeito de forma interativa entre pesquisador e sujeito, respeitando as respostas trazidas, porém buscando fazer intervenções com questionamentos sobre o conhecimento do sujeito referentes a quaisquer conteúdos a serem investigados: físico, social, moral e lógico-matemático. Neste artigo o método foi aplicado em crianças entre 2 e 3 anos, pois ao escrever a análise do relatório de atividades foi imprescindível a observação na interação com colocações de situações problema, adequadas ao nível de desenvolvimento em sala de aula.

O estudo do desenvolvimento humano por Piaget através do foco intelectual e suas teorias, identificam que o conhecimento não é algo formado, acabado e imutável. Ele está em constante transformação como o todo o desenvolvimento de um indivíduo, através de suas ações, que constrói conhecimentos, e das ações sofridas, que da mesma forma geram conhecimento que influencia em sua adaptação ao meio.

Nessa pesquisa o período Pré-operatório serviu como referencial para análise dos relatórios do Lar dos Pequeninos. Segundo Piaget, nessa fase a criança já consegue tomar um objeto por outro, aplicar o “animismo”, antropomorfismo e diferenciar a fonética e significação de algumas palavras. O pensamento pré-operatório é extremamente dependente da percepção imediata, sofrendo com isto uma série de distorções e irreversibilidade.

Vimos que diversos autores evidenciam a importância para um professor conhecer as teorias de Piaget para que o mesmo possa compreender como seus alunos assimilam e acomodam informações, conseguindo transformá-las em conhecimentos, sobretudo às crianças do período pré-operatório, cuja capacidade cognitiva está começando a se externalizar. No entanto, é de suma importância levar em consideração a diferenciação entre desenvolvimento e aprendizado que o próprio Piaget esclarece em sua obra².

² “Primeiro, eu gostaria de esclarecer a diferença entre dois problemas: o problema do desenvolvimento e o da aprendizagem. (...) desenvolvimento é um processo que diz respeito à totalidade das estruturas de conhecimento. Aprendizagem apresenta o caso oposto. Em geral, a aprendizagem é provocada por situações – provocada por psicólogos experimentais; ou por professores em relação a um tópico específico; ou por uma situação externa. Em geral, é provocada e não espontânea. Além disso, é um processo limitado – limitado a um problema único ou a uma estrutura única. Assim, eu penso que desenvolvimento explica aprendizagem, e essa

Sendo assim, foi possível atestar nas observações em sala de aula que é primordial considerar que o desenvolvimento como o processo fundamental, que embasa cada nova experiência de aprendizagem do indivíduo. Ou seja, cada aprendizagem ocorre devido ao desenvolvimento do ser humano e não como um fator que o explica.

Nas tarefas realizadas foi observado que a aprendizagem não é adquirida de cada novo conhecimento proporcionado pelo meio, como ocorre com o desenvolvimento cognitivo, que se origina através do conjunto de estruturas de conhecimento construídas. Tendo em mente essa diferenciação é possível e recomendado utilizar as teorias de Piaget para conhecer o indivíduo e elaborar metodologias e aplicações direcionadas às crianças conforme cada período de seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

COLL, C.; GILLIÈRON, C. Jean Piaget: o desenvolvimento da inteligência e a construção do pensamento racional. *In*: LEITE, L.B. (org). **Piaget e a Escola de Genebra**. São Paulo: Cortez, 1987. p. 15-49.

DIAS, Fernanda. O desenvolvimento cognitivo no processo de aquisição de linguagem. **Letrônica**, v. 3, n. 2, p. 107-119, 2010.

FERRACIOLI, Laércio. Aprendizagem, desenvolvimento e conhecimento na obra de Jean Piaget: uma análise do processo de ensino-aprendizagem em Ciências. **R. bras. Est. pedag.**, Brasília, v. 80, n. 194, p. 5-18, 1999.

FURTADO, Odair; BOCK, Ana Mercedes Bahia; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. 13.ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

GOMES, Ruth Cristina Soares; GHEDIN, Evandro. O desenvolvimento cognitivo na visão de Jean Piaget e suas implicações a educação científica. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 8., 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: ABRAPEC, 2011. p. 29-39.

GUEDES, Adriano da Silva. **Jean Piaget**: vida e obra. Uninassau: Aracaju, SE, 2018. Disponível em:
<https://www.passeidireto.com/arquivo/50091443/pesquisa-piaget>. Acesso em: 20 jul. 2020.

opinião é contrária à opinião amplamente difundida de que o desenvolvimento é uma soma de experiências discretas de aprendizagem” (Piaget, 1964, p. 176).

LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K; DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky, Wallon:** teorias psicogenéticas em discussão. 13.ed. São Paulo: Summus, 1992.

MENESTRINA, Tatiana *et al.* Comiotto. Análise piagetiana do desenvolvimento cognitivo: experiências com crianças do ensino fundamental. **Revista Dynamis**, Blumenau, v. 20, n. 1, p.54–73, 2014.

NUNES, Gabriela Leal. **Relatório coletivo maternal:** período de 11 de março de 2019 à 15 de maio de 2019. Maricá: Escola Filantrópica de Educação Infantil Lar dos Pequeninos, 2019.

NUNES, Gabriela Leal. **Relatório coletivo maternal:** período de 29 de julho de 2019 à 10 de outubro de 2019. Maricá: Escola Filantrópica de Educação Infantil Lar dos Pequeninos, 2019.

NUNES, Gabriela Leal. **Relatório coletivo maternal:** período de 10 de outubro de 2019 à 20 de dezembro 2019. Maricá: Escola Filantrópica de Educação Infantil Lar dos Pequeninos, 2019.

PEREIRA, Denise Rocha. Reflexões sobre o método clínico-crítico piagetiano: teoria e prática. *Didática e Prática de Ensino na relação com a Escola*. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, São Paulo.

PIAGET, Jean. **Biologia e conhecimento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

PIAGET, Jean. Development and learning. **Journal of Research in Science Teaching**, New York, v. 2, n. 3, p. 176-186, 1964.

SANTANA, Juvenal. **Psicologia do Desenvolvimento**. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/psicologia/psicologia-do-desenvolvimento.htm>. Acesso em: 01 ago. 2010.

TERRA, Márcia Regina. **O desenvolvimento humano na teoria de Piaget**. [2006]. Disponível em: <https://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/d00005.htm>. Acesso em: 01 ago. 2020.

TEIXEIRA, Hélio. **Teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget**. 2015. Disponível em: <http://www.helioteixeira.org/ciencias-da-aprendizagem/teoria-do-desenvolvimento-cognitivo-de-jean-piaget/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIAS ATIVAS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO DOCENTE

Adegmar Ferreira Borges Tavares

Graduação. Especialização. Mestrando em Tecnologias Emergentes
em Educação pela Must University.

RESUMO

Este artigo discute a relevância das metodologias ativas no contexto educacional contemporâneo, destacando sua capacidade de promover maior engajamento, autonomia e protagonismo dos estudantes. Fundamentado em autores clássicos como John Dewey, Paulo Freire e David Ausubel, o estudo apresenta diferentes perspectivas teóricas que sustentam a prática pedagógica ativa. Dewey enfatiza a experiência prática como eixo da aprendizagem; Freire defende o diálogo crítico e a problematização como instrumentos de transformação social; e Ausubel destaca a importância da aprendizagem significativa, vinculando novos conhecimentos aos saberes prévios. Além dos fundamentos teóricos, o artigo analisa resultados de pesquisas recentes que confirmam a eficácia das metodologias ativas na retenção de conhecimento e no desenvolvimento de competências críticas e criativas. Também são discutidos os principais desafios e controvérsias relacionados à sua implementação, como a insuficiência da formação docente, a limitação da infraestrutura escolar e a complexidade dos processos de avaliação. Conclui-se que as metodologias ativas não são apenas uma tendência pedagógica, mas uma necessidade diante das demandas do século XXI. Sua consolidação, entretanto, depende de políticas educacionais consistentes, apoio institucional e contínua reflexão crítica sobre sua aplicabilidade. O artigo contribui para o debate acadêmico ao oferecer uma visão integrada dos fundamentos teóricos, práticas e desafios, apontando caminhos para uma educação mais significativa e transformadora.

Palavras-chave: Metodologias Ativas. Aprendizagem Significativa. Educação Crítica. Aprendizagem Experiencial. Interação Social.

INTRODUÇÃO

A educação contemporânea enfrenta desafios cada vez mais complexos, impulsionados pelas transformações sociais, culturais e tecnológicas que caracterizam o século XXI. O acesso ampliado à informação, a velocidade das mudanças no mercado de trabalho e a necessidade de formar cidadãos críticos e criativos exigem que as práticas

pedagógicas se reinventem. Nesse cenário, as metodologias ativas emergem como alternativas inovadoras, capazes de promover maior engajamento, autonomia e protagonismo dos estudantes, deslocando o foco da simples transmissão de conteúdos para a construção colaborativa do conhecimento. A relevância do tema reside na sua capacidade de responder às demandas contemporâneas da educação, ao propor práticas que estimulam o pensamento crítico, a resolução de problemas e a integração entre teoria e prática. Entre os principais conceitos associados às metodologias ativas destacam-se a sala de aula invertida, a aprendizagem baseada em projetos, a aprendizagem colaborativa e a gamificação. Todas essas abordagens convergem na valorização da participação ativa do estudante, mas apresentam especificidades quanto às estratégias de aplicação e aos resultados esperados. Os objetivos deste estudo são:

- Situar a relevância das metodologias ativas no contexto educacional atual;
- Apresentar os principais conceitos que fundamentam tais práticas;
- Discutir os desafios enfrentados pelos docentes em sua implementação;
- Explorar linhas de pensamento que sustentam a adoção dessas metodologias;
- Examinar controvérsias relacionadas à sua eficácia e aplicabilidade.

As linhas de pensamento que sustentam essas metodologias se apoiam em diferentes tradições teóricas. A aprendizagem significativa, proposta por Ausubel, enfatiza a integração de novos conhecimentos aos saberes prévios, enquanto a aprendizagem experiencial, inspirada em Dewey e Kolb, valoriza a prática e a experiência como eixo central da aprendizagem. Ambas convergem na defesa de um ensino ativo, mas divergem quanto à ênfase em aspectos cognitivos ou práticos, o que enriquece o debate acadêmico.

Contudo, a adoção das metodologias ativas não ocorre sem controvérsias. Alguns críticos apontam que sua aplicação pode ser limitada pela infraestrutura escolar, pela formação docente insuficiente e pela resistência cultural de professores e alunos acostumados ao modelo tradicional. Além disso, questiona-se se tais metodologias garantem resultados acadêmicos superiores ou se apenas aumentam o engajamento sem necessariamente aprofundar o conhecimento. Outro ponto de debate é a avaliação, considerada complexa por exigir instrumentos capazes de captar aprendizagens multidimensionais. Assim, este trabalho se insere em um debate contemporâneo sobre inovação pedagógica, buscando oferecer uma reflexão crítica acerca das metodologias ativas, seus potenciais, desafios e controvérsias. Para organizar essa discussão, o artigo está estruturado em cinco seções principais: na primeira, apresenta-se a revisão de literatura, destacando os principais autores e teorias que fundamentam o tema; na segunda, são discutidos os conceitos e práticas mais recorrentes no campo

das metodologias ativas; na terceira, analisam-se os desafios enfrentados pelos docentes em sua implementação; na quarta, exploram-se as linhas de pensamento e controvérsias que permeiam o debate acadêmico e prático; e, por fim, apresentam-se as considerações finais, que sintetizam as reflexões desenvolvidas e apontam caminhos para futuras pesquisas e práticas pedagógicas.

METODOLOGIAS ATIVAS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS PELO DOCENTE

As metodologias ativas se consolidam como práticas pedagógicas que deslocam o foco da transmissão de conteúdos para a participação ativa do estudante. Segundo Dewey (1973), “a educação não é preparação para a vida; a educação é a própria vida”, o que reforça a ideia de que aprender está diretamente ligado à experiência prática. Esse pensamento inaugura uma tradição que valoriza o aprender fazendo, colocando o aluno como protagonista do processo. Paulo Freire (1996), em *Pedagogia da Autonomia*, amplia essa perspectiva ao afirmar que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. A proposta freireana destaca o papel do diálogo e da problematização como elementos centrais, defendendo uma educação crítica e libertadora.

David Ausubel (2003), por sua vez, contribui com a teoria da aprendizagem significativa, sustentando que novos conhecimentos só são assimilados de forma duradoura quando se relacionam com estruturas cognitivas já existentes. Para ele, “o fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe”.

David Kolb (1984) contribui com a teoria da aprendizagem experiencial, defendendo que o conhecimento é construído por meio da transformação da experiência. Para Kolb, o ciclo de aprendizagem envolve quatro etapas: experiência concreta, observação reflexiva, conceitualização abstrata e experimentação ativa. Essa abordagem reforça a ideia de que aprender é um processo dinâmico e contínuo, alinhado às metodologias ativas que valorizam a prática e a reflexão.

Lev Vygotsky (1991), por sua vez, destaca a importância da interação social no desenvolvimento cognitivo. Sua teoria da zona de desenvolvimento proximal (ZDP) mostra que o aprendizado ocorre de forma mais eficaz quando o estudante é apoiado por pares ou mediadores mais experientes. Essa perspectiva fortalece a dimensão colaborativa das metodologias ativas, evidenciando que o conhecimento é construído coletivamente e não apenas individualmente.

Principais ideias e interpretações

Protagonismo do estudante: Dewey, Freire e Ausubel convergem na defesa de um ensino ativo, em que o aluno participa da construção do conhecimento.

Integração teoria-prática: Dewey enfatiza a prática, Freire o diálogo crítico e Ausubel a relação cognitiva entre saberes prévios e novos.

Educação crítica e transformadora: Freire amplia o conceito ao incluir a dimensão social e política, defendendo que a aprendizagem deve transformar a realidade.

Resultados de estudos recentes: Pesquisas contemporâneas reforçam a eficácia das metodologias ativas:

Um estudo publicado na *Education Review* (2024) mostrou que estudantes expostos a metodologias ativas apresentaram maior engajamento e retenção de conhecimento em comparação ao ensino tradicional.

Lasakowsk (2022) destaca que essas metodologias têm raízes históricas, mas se adaptam às necessidades sociais e culturais de cada época, mantendo sua relevância.

Mendes (2025) observa que, embora haja convergências entre Dewey, Freire e Vygotsky, também existem divergências epistemológicas, o que gera debates sobre a complexidade da prática pedagógica.

Controvérsias e desafios

Apesar dos avanços, há controvérsias que permeiam o debate:

Infraestrutura escolar: A falta de recursos tecnológicos e materiais limita a aplicação em muitos contextos.

Formação docente: Muitos professores não recebem preparo adequado para aplicar metodologias inovadoras.

Avaliação: Criar instrumentos que capturem aprendizagens multidimensionais continua sendo um desafio.

Resistência cultural: Alunos e docentes acostumados ao modelo tradicional podem rejeitar mudanças.

Interpretação crítica

A análise dos autores e dos estudos recentes permite concluir que as metodologias ativas não são apenas uma tendência pedagógica, mas uma necessidade diante das demandas contemporâneas. No entanto, sua implementação exige políticas educacionais consistentes, formação continuada de professores e investimentos em infraestrutura. Além disso, é preciso reconhecer que não existe uma única metodologia capaz de atender a todos os contextos, sendo necessário adaptar práticas às realidades locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metodologias ativas se mostram fundamentais para responder às demandas da educação contemporânea, pois promovem maior engajamento, autonomia e protagonismo dos estudantes. Autores como Dewey, Freire e Ausubel oferecem bases teóricas sólidas que sustentam a importância da experiência prática, do diálogo crítico e da aprendizagem significativa. Os estudos recentes confirmam que essas práticas favorecem a retenção de

conhecimento e o desenvolvimento de competências essenciais, reforçando sua relevância no cenário educacional atual.

Entretanto, a implementação dessas metodologias enfrenta desafios como a falta de infraestrutura, a formação docente insuficiente e a resistência cultural ao abandono de modelos tradicionais. Além disso, a avaliação da aprendizagem em contextos ativos ainda é complexa e exige instrumentos mais adequados. Conclui-se, portanto, que as metodologias ativas são indispensáveis para uma educação transformadora, mas sua consolidação depende de políticas educacionais consistentes, apoio institucional e contínua reflexão crítica sobre sua aplicabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ausubel, D. P. (2003). *Aquisição e retenção de conhecimentos: Uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Plátano.

Dewey, J. (1973). *Democracia e educação*. São Paulo: Nacional.

Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Vygotsky, L. S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

CAPÍTULO 3

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA APS: IMPACTO NOS DESFECHOS DOS PACIENTES

Vitória de Negreiros Barboza
Dhouglas Diniz Mota
Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Felipe Sfolia
Isabela Wenglarek Delorenzo

RESUMO

INTRODUÇÃO: A integração da saúde mental à Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica para ampliar o acesso, assegurar longitudinalidade e evitar que demandas frequentes sejam reduzidas a encaminhamentos para serviços especializados. No Sistema Único de Saúde (SUS), o apoio matricial constitui um arranjo técnico-pedagógico e assistencial que aproxima equipes de referência e especialistas para discussão de casos, atendimentos compartilhados, educação permanente e construção conjunta de projetos terapêuticos. Seu propósito não é substituir a responsabilidade da APS nem criar uma porta paralela de encaminhamento, mas ampliar a capacidade de cuidado no território e qualificar a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (CHIAVERINI, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007). **OBJETIVO:** Este capítulo tem como objetivo analisar o matriciamento em saúde mental na APS e discutir seu impacto potencial nos desfechos dos pacientes, considerando evidências sobre cuidado colaborativo, integralidade, acesso e continuidade assistencial. **DESENVOLVIMENTO:** O matriciamento organiza uma relação horizontal entre profissionais da APS e da saúde mental, na qual a equipe especializada oferece retaguarda e compartilha responsabilidades sem retirar da equipe de referência o vínculo com o usuário. Na prática, reuniões regulares para discussão de casos, interconsultas e atendimentos conjuntos podem ampliar a leitura biopsicossocial do sofrimento psíquico, qualificar o manejo de situações de crise e tornar os critérios de encaminhamento mais adequados. A literatura brasileira aponta que a potência dessa estratégia está no compartilhamento de saberes e na construção de cuidados territorializados; contudo, também descreve entraves como agendas incompatíveis, rotatividade profissional, insuficiência de espaços protegidos para encontro e persistência de lógicas centradas no encaminhamento (CAMPOS; DOMITTI, 2007; IGLESIAS; AVELLAR, 2019). Portanto, o matriciamento deve ser avaliado como processo continuado, e

não somente pela existência formal de reuniões ou de uma equipe de apoio. A mensuração do impacto deve combinar desfechos centrados na pessoa e indicadores de serviço. Podem ser acompanhados sintomas e funcionalidade por instrumentos validados, qualidade de vida, experiência do usuário, vínculo, continuidade, crises e procura por urgência, além da proporção de casos acompanhados compartilhadamente e do tempo entre identificação e cuidado. **CONCLUSÃO:** O matriciamento em saúde mental pode fortalecer a APS como coordenadora do cuidado e contribuir para desfechos mais favoráveis, particularmente ao ampliar o acesso qualificado, a detecção precoce, o seguimento longitudinal e a integração com a Rede de Atenção Psicossocial. Evidências de cuidado colaborativo sustentam benefícios para sintomas de depressão e ansiedade, mas a avaliação do modelo brasileiro exige prudência diante da diversidade de contextos e da limitação de estudos que mensurem diretamente resultados clínicos dos pacientes. A efetividade depende de encontros regulares, corresponsabilização, apoio especializado disponível e fluxos intersetoriais e assistenciais bem definidos; por isso, o monitoramento deve incluir indicadores clínicos, funcionais e de experiência do usuário, orientando o aperfeiçoamento contínuo das práticas no SUS.

REFERÊNCIAS

ARCHER, J. et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 10, CD006525, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

CHIAVERINI, D. H. (org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, e180403, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180403>.

MALONE, D. et al. Mental health integrated care models in primary care and their effectiveness: a systematic review. *BMC Primary Care*, v. 25, art. 44, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02239-7>.

CAPÍTULO 4

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR OFTALMOPATIAS CONGÊNITAS INFECCIOSAS NO SUS

Alessandra Almeida Rocha
Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Laura Poeta

RESUMO

INTRODUÇÃO: As infecções adquiridas durante a gestação podem produzir repercussões fetais e neonatais de elevada gravidade, incluindo alterações oculares capazes de comprometer o desenvolvimento visual. Entre as etiologias de maior interesse clínico e epidemiológico, a toxoplasmose congênita se destaca pela possibilidade de retinocoroidite e sequelas visuais; a infecção transplacentária decorre da infecção materna aguda e requer reconhecimento oportuno para reduzir danos potencialmente evitáveis (BRASIL, 2018; PAULA et al., 2021). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) constituem fonte relevante para descrever a utilização hospitalar, embora não representem a totalidade dos casos, pois parte expressiva do diagnóstico, acompanhamento e reabilitação ocorre em âmbito ambulatorial.

OBJETIVO: Este capítulo tem como objetivo discutir o perfil epidemiológico das internações por oftalmopatias associadas a infecções congênicas no SUS, enfatizando a interpretação dos dados do SIH/SUS, as principais repercussões oculares, a vigilância epidemiológica e as estratégias de prevenção e cuidado em rede. **DESENVOLVIMENTO:** A expressão “oftalmopatias congênicas infecciosas” exige cautela analítica, pois não corresponde, necessariamente, a uma categoria diagnóstica isolada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Os agravos podem ser codificados pela infecção congênita, pela manifestação ocular ou por condição associada, o que limita a identificação direta das hospitalizações exclusivamente oftalmológicas. Por isso, estudos baseados no SIH/SUS devem explicitar a seleção de códigos, o período, a unidade geográfica, o local de residência ou de internação e os indicadores utilizados — número de internações, valor aprovado, permanência e óbitos. Do ponto de vista clínico-assistencial, a toxoplasmose congênita é especialmente relevante pela ocorrência de lesões oculares que podem manifestar-se ao nascimento ou mais tardiamente.

Revisão contemporânea destaca a retinocoroidite como manifestação característica da toxoplasmose ocular e ressalta que o diagnóstico integra avaliação clínica, oftalmológica e exames laboratoriais conforme o contexto do paciente (PAULA et al., 2021). Dessa forma, a distribuição de internações por faixa etária, sexo, região e caráter de atendimento pode sinalizar demandas mais graves, necessidade de investigação neonatal ou barreiras de acesso ao cuidado especializado; entretanto, não deve ser interpretada isoladamente como medida de incidência. A articulação entre vigilância da gestante, pré-natal, diagnóstico oportuno, atenção neonatal e seguimento oftalmológico longitudinal é decisiva para identificar lesões, iniciar condutas indicadas e reduzir repercussões funcionais. O Ministério da Saúde orienta a notificação e a investigação da toxoplasmose gestacional e congênita, reforçando a integração entre assistência e vigilância (BRASIL, 2018). Para qualificar o perfil epidemiológico no SUS, recomenda-se complementar os dados hospitalares com sistemas de vigilância e com informações ambulatoriais, evitando conclusões baseadas somente em internações. A interpretação deve observar mudanças de codificação, cobertura, fluxos de referência e disponibilidade regional de serviços de oftalmologia pediátrica, pois maior número de AIH pode refletir tanto maior necessidade clínica quanto melhor acesso à rede hospitalar. **CONCLUSÃO:** As internações por oftalmopatias associadas a infecções congênitas no SUS devem ser compreendidas como marcador de necessidade hospitalar e de organização da rede, e não como sinônimo da ocorrência total desses agravos. A toxoplasmose congênita ilustra a relevância do diagnóstico e do seguimento oftalmológico precoces diante do risco de lesões visuais. Para produzir perfis epidemiológicos consistentes, é indispensável definir criteriosamente os códigos da CID-10, descrever a metodologia de consulta ao SIH/SUS e integrar os achados a dados de vigilância e de assistência ambulatorial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de Saúde (TABNET). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 15 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Tutorial TabNet 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Tutorial-TABNET-2020.pdf>. Acesso em: 15 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de

notificação e investigação: toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional_congenita.pdf. Acesso em: 15 set. 2026.

PAULA, J. S. et al. Ocular toxoplasmosis: a review of the current diagnostic and therapeutic approaches. *International Ophthalmology*, v. 41, p. 1701-1717, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10792-020-01651-x>.

CAPÍTULO 5

SÍFILIS E SUA REEMERGÊNCIA: ESTADIAMENTO CLÍNICO, INTERPRETAÇÃO DE EXAMES E MANEJO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Gabriella Gonçalves Evangelista

Vitor Christo Leone

Pedro Christo Leone

Tamires de Cássia Miranda Calixto Belleboni

Latife Said Zeitum

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sífilis, infecção sexualmente transmissível causada pelo *Treponema pallidum*, permanece um dos maiores desafios de saúde pública mundial, apesar de dispor de tratamento eficaz e de baixo custo desde a década de 1940 (FREITAS et al., 2021). Nas últimas duas décadas, o Brasil registrou reemergência expressiva da doença, fenômeno atribuído a fatores como redução do uso de preservativos, desabastecimento periódico de penicilina e fragilidades na atenção primária, associadas à ampliação do acesso a testes diagnósticos (FREITAS et al., 2021). **DESENVOLVIMENTO:** A evolução natural da sífilis não tratada ocorre em estágios com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, intercalados por períodos de latência assintomática (FREITAS et al., 2021). A sífilis primária caracteriza-se pelo cancro duro, lesão geralmente única, indolor e de bordas endurecidas, que surge no local de inoculação do treponema; a sífilis secundária manifesta-se por lesões cutâneo-mucosas disseminadas, como roséola e sífilides palmoplantares, decorrentes da disseminação hematogênica da bactéria (FREITAS et al., 2021). Após a resolução espontânea dos sinais, a infecção entra em fase de latência, sem manifestações clínicas, podendo, décadas depois, evoluir para a forma terciária, caracterizada por gomas sífilíticas e comprometimento cardiovascular e neurológico (FREITAS et al., 2021). Cabe destacar que a neurosífilis pode ocorrer em qualquer estágio da doença, não devendo ser interpretada exclusivamente como manifestação tardia, o que reforça a necessidade de avaliação clínica cuidadosa independentemente do tempo de infecção (GASPAR et al., 2021). O diagnóstico da sífilis fundamenta-se na combinação de dados clínicos, histórico de infecções anteriores, investigação de exposição de risco e resultados de testes laboratoriais, classificados em

treponêmicos e não treponêmicos (GASPAR et al., 2021). Os testes não treponêmicos, como VDRL e RPR, são semiquantitativos, úteis para triagem e, principalmente, para o monitoramento da resposta terapêutica, uma vez que seus títulos tendem a declinar após tratamento eficaz; entretanto, podem apresentar resultados falso-negativos na sífilis primária recente e na sífilis tardia, além de reações falso-positivas associadas a outras condições inflamatórias (GASPAR et al., 2021). Já os testes treponêmicos, entre eles os testes rápidos imunocromatográficos, o FTA-Abs e o TPHA, tornam-se positivos precocemente e permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após tratamento adequado, razão pela qual não são indicados para o monitoramento de cura, mas sim para a confirmação diagnóstica (GASPAR et al., 2021). Quando há discordância entre os dois tipos de teste, recomenda-se a realização de um terceiro exame treponêmico com metodologia distinta da anteriormente utilizada, a fim de reduzir a probabilidade de resultados inconclusivos (GASPAR et al., 2021). Para a investigação de neurosífilis, o VDRL no líquido cefalorraquidiano constitui o exame de escolha, apesar de sua sensibilidade limitada, sendo complementado pela análise de celularidade e proteinorraquia (GASPAR et al., 2021). Dados do Ministério da Saúde revelam que, em 2022, o esquema terapêutico materno foi considerado inadequado ou não realizado em 81,0% dos casos de sífilis congênita notificados no país, o que reforça a relevância da testagem oportuna no pré-natal e do tratamento correto da gestante e de sua parceria sexual como principais estratégias de prevenção (BRASIL, 2023).

CONCLUSÃO: A reemergência da sífilis no Brasil, evidenciada pelo aumento sustentado das taxas de detecção de sífilis adquirida, gestacional e congênita entre 2012 e 2022, reforça a necessidade de qualificação contínua dos profissionais de saúde quanto ao reconhecimento dos estágios clínicos da doença, à interpretação criteriosa dos testes treponêmicos e não treponêmicos e à aplicação rigorosa dos protocolos de manejo da sífilis congênita, de modo a fortalecer a assistência pré-natal, ampliar o tratamento oportuno das gestantes e de suas parcerias sexuais e, conseqüentemente, reduzir os desfechos desfavoráveis associados à transmissão vertical do *Treponema pallidum* (BRASIL, 2023; DOMINGUES et al., 2021).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2023: número especial. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2023.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. esp. 1, e2020597, 2021.

FREITAS, Francisca Lidianie Sampaio et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. esp. 1, e2020616, 2021.

CAPÍTULO 6

CRISES PSIQUIÁTRICAS NA EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Isabela Wenglarek Delorenzo
Bruna Tífani Bitzcof
Gabriel Mendes Nascimento
Querem Evelyn da Silva Pereira
Lethicia Altina Prado da Silva

RESUMO

INTRODUÇÃO: As crises psiquiátricas constituem apresentações frequentes e complexas nos serviços de emergência, incluindo agitação psicomotora, comportamento agressivo, risco de suicídio, intoxicação por substâncias e descompensação de transtornos mentais. A agitação, em especial, é considerada uma emergência médica e psiquiátrica, pois pode expor o paciente, familiares e profissionais a risco de dano, além de estar associada a causas orgânicas potencialmente graves (CURRY et al., 2023). A assistência qualificada demanda avaliação simultânea da segurança, do estado clínico e mental e do risco imediato, evitando atribuir automaticamente os sintomas a um transtorno psiquiátrico preexistente. Esta revisão sistemática de literatura discute princípios assistenciais aplicáveis ao acolhimento, à avaliação e ao manejo inicial de crises psiquiátricas na emergência. **DESENVOLVIMENTO:** A primeira medida diante de uma crise psiquiátrica é assegurar ambiente protegido e realizar avaliação clínica breve, porém sistemática, sem retardar intervenções de contenção do risco. Devem ser avaliados sinais vitais, nível de consciência, orientação, atenção, sintomas neurológicos, dor, trauma, uso de álcool ou outras substâncias, medicações e antecedentes psiquiátricos e clínicos. Alterações de cognição ou consciência, flutuação atencional, achados físicos focais, sinais vitais anormais e agitação de início recente, sobretudo em pessoas sem história psiquiátrica, devem ampliar a suspeita de etiologia médica, como delirium, intoxicação, abstinência, hipoglicemia ou infecção (CURRY et al., 2023). Paralelamente, a avaliação do risco de autoagressão, heteroagressão, vulnerabilidade e incapacidade de autocuidado deve orientar a intensidade da vigilância e a necessidade de suporte especializado. As evidências recomendam uma hierarquia de intervenções, priorizando medidas menos invasivas. A organização de ambiente com baixa estimulação, comunicação clara, escuta ativa, postura não ameaçadora e técnicas de desescalada

verbal devem ser empregadas precocemente por equipe treinada. Diretriz brasileira, construída a partir de revisão sistemática, recomenda iniciar por ambiente apropriado, equipe capacitada, abordagem verbal e avaliação física e mental, reservando intervenções farmacológicas e contenção mecânica para situações em que essas medidas sejam insuficientes ou haja risco iminente (BALDAÇARA et al., 2019). A contenção física não deve assumir caráter punitivo nem substituir avaliação clínica; quando inevitável, requer indicação proporcional ao risco, monitorização contínua, documentação e reavaliação frequente para interrupção tão logo seja seguro. **CONCLUSÃO:** O atendimento de crises psiquiátricas na emergência exige reconhecimento precoce de risco, exclusão de causas clínicas agudas e intervenções proporcionais, centradas na dignidade e na segurança do paciente. A desescalada verbal e a qualificação da equipe constituem medidas iniciais fundamentais, enquanto farmacoterapia e contenção física devem ser individualizadas e utilizadas pelo menor tempo necessário. A estabilização efetiva deve culminar em plano de segurança e articulação com a rede de saúde mental, assegurando continuidade do cuidado após a emergência.

REFERÊNCIAS

BALDAÇARA, L. et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 41, n. 2, p. 153-167, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0163>.

CURRY, A. et al. Updates in the assessment and management of agitation. *Focus*, v. 21, n. 2, p. 124-138, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220064>.

CAPÍTULO 7

FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS NO LACTENTE: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E USO RACIONAL DE EXAMES

Lidia Braz Fernandes
Vitor Christo Leone
Pedro Christo Leone
Cesar Romero Lima Ferreira
Juliana de Oliveira Alves

RESUMO

INTRODUÇÃO: A febre sem sinais localizatórios é uma das queixas mais frequentes em lactentes atendidos em serviços de urgência, representando desafio diagnóstico relevante em razão do risco de infecção bacteriana invasiva (IBI) em crianças com aparência clínica muitas vezes preservada. Nos primeiros meses de vida, a imaturidade imunológica e a dificuldade de identificar sinais clínicos específicos tornam a avaliação isolada pelo exame físico insuficiente para excluir infecções graves, como bacteriemia e meningite bacteriana. Diante disso, diretrizes recentes recomendam abordagem estruturada por faixa etária, combinando avaliação clínica, exames complementares e marcadores inflamatórios para estratificar o risco e orientar decisões sobre investigação, tratamento empírico e necessidade de internação (PANTELL et al., 2021). O reconhecimento apropriado desse risco é essencial para equilibrar segurança clínica e uso racional de recursos diagnósticos. **DESENVOLVIMENTO:** A avaliação inicial do lactente febril deve considerar idade cronológica, temperatura registrada, aparência clínica e antecedentes perinatais, pois esses fatores modificam substancialmente a probabilidade de infecção bacteriana invasiva. A diretriz de prática clínica da American Academy of Pediatrics para lactentes a termo, previamente saudáveis, com boa aparência clínica e febre igual ou superior a 38,0°C, estratifica a abordagem em três faixas etárias: 8 a 21 dias, 22 a 28 dias e 29 a 60 dias, reconhecendo que o risco de infecção grave e a abordagem diagnóstica variam conforme esse intervalo (PANTELL et al., 2021). Lactentes mais jovens, especialmente aqueles com menos de 29 dias, apresentam maior risco basal de infecção bacteriana grave e, por isso, exigem avaliação mais extensa, incluindo hemograma, hemocultura, urina tipo I com urocultura e, na maioria das situações, análise do líquido cefalorraquidiano. Para lactentes de 22 a 60 dias com boa aparência clínica, a diretriz da AAP incorpora marcadores inflamatórios para complementar a

estratificação de risco, com valores de referência que incluem procalcitonina superior a 0,5 ng/mL, proteína C reativa superior a 20 mg/L e contagem absoluta de neutrófilos entre 4.000 e 5.200 por mm³, conforme a faixa etária considerada (PANTELL et al., 2021). O uso racional de exames complementares deve equilibrar a necessidade de excluir infecções graves com a minimização de procedimentos invasivos e internações desnecessárias em lactentes efetivamente de baixo risco. A aplicação de protocolos estruturados favorece a padronização da conduta, reduz variabilidade entre profissionais e melhora a comunicação com as famílias sobre a necessidade de exames e eventual observação hospitalar. Entretanto, a decisão clínica deve sempre considerar o contexto individual, incluindo acesso a seguimento ambulatorial, disponibilidade de exames em tempo oportuno e possibilidade de reavaliação, elementos que também influenciam a segurança da conduta expectante em lactentes classificados como baixo risco. **CONCLUSÃO:** A avaliação do lactente com febre sem sinais localizatórios deve ser sistematizada por faixa etária, associando dados clínicos a marcadores laboratoriais que discriminam melhor o risco de infecção bacteriana invasiva. A adoção de diretrizes baseadas em evidências permite equilibrar segurança assistencial e uso racional de exames complementares, evitando tanto a subinvestigação de lactentes vulneráveis quanto a exposição desnecessária de crianças efetivamente de baixo risco a procedimentos invasivos e internações prolongadas.

REFERÊNCIAS

PANTELL, R. H. et al. Evaluation and management of well-appearing febrile infants 8 to 60 days old. *Pediatrics*, v. 148, n. 2, e2021052228, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052228>.

CAPÍTULO 8

SEPSE NO PRONTO ATENDIMENTO: DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Vitor Christo Leone
Pedro Christo Leone
Giulia Weber Fernandes da Silva
Rebeca Ribeiro Marques

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sepse é uma síndrome de disfunção orgânica potencialmente fatal, decorrente de resposta desregulada do hospedeiro à infecção, e exige reconhecimento e tratamento precoces. No pronto atendimento, a apresentação clínica heterogênea, a sobreposição com outras condições agudas e a necessidade de decisões em curto intervalo de tempo tornam sua abordagem particularmente desafiadora. Protocolos assistenciais estruturados organizam a identificação de pacientes com suspeita de infecção e disfunção orgânica, a coleta de exames, o início de antimicrobianos, a ressuscitação e o encaminhamento para o nível assistencial adequado. As diretrizes da Surviving Sepsis Campaign recomendam que o tratamento e a ressuscitação sejam iniciados imediatamente, com reavaliação clínica contínua (EVANS et al., 2021).

DESENVOLVIMENTO: A implementação começa pela definição de critérios operacionais que auxiliem a triagem a reconhecer, sem atraso, a combinação de infecção suspeita ou confirmada e sinais de disfunção orgânica. Alteração do estado mental, hipotensão, hipoxemia, oligúria, elevação do lactato e alterações laboratoriais podem sinalizar gravidade, mas nenhum marcador isolado substitui a avaliação clínica. A adoção de fluxos claros, com acionamento imediato da equipe responsável, reduz a dependência de reconhecimento individual e torna mais confiável a execução das primeiras medidas. O Instituto Latino-Americano de Sepsis recomenda que o protocolo acompanhe o paciente durante as seis primeiras horas, favorecendo o registro, a comunicação e a sequência entre coleta de exames, antibioticoterapia e ressuscitação hemodinâmica (INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE, s.d.). O cumprimento oportuno do protocolo exige conciliar rapidez e individualização. Em pacientes com possível choque séptico ou probabilidade alta de sepse, a administração imediata de antimicrobianos é recomendada; quando não há choque e a probabilidade é

apenas possível, as diretrizes orientam investigação rápida e, se a suspeita persistir, antimicrobianos dentro de três horas da identificação (EVANS et al., 2021). Culturas devem ser obtidas antes do tratamento quando isso não implicar atraso substancial, e a escolha empírica deve considerar foco provável, gravidade, exposições prévias e perfil microbiológico local. A reposição volêmica, a avaliação seriada da perfusão, a necessidade de vasopressores e a busca de controle do foco devem ser guiadas pela resposta clínica, evitando tanto atrasos terapêuticos quanto intervenções padronizadas sem reavaliação. Os obstáculos mais frequentes incluem superlotação, rotatividade de profissionais, indisponibilidade de leitos, falhas na comunicação interprofissional, demora em exames e antimicrobianos, ausência de dados locais e baixa adesão a etapas do fluxo. Por isso, a implementação não se resume à disponibilização de um formulário: requer treinamento periódico e multiprofissional, responsabilidades definidas, acesso rápido a medicamentos e exames, auditoria de indicadores e devolutiva à equipe. Indicadores como tempo até a triagem do protocolo, coleta de lactato, administração do primeiro antimicrobiano e revisão diagnóstica permitem identificar gargalos e orientar ciclos de melhoria. A própria Surviving Sepsis Campaign recomenda programas de melhoria de desempenho para a sepse, estruturados com triagem, educação, medidas de processo e retroalimentação regular (EVANS et al., 2021). **CONCLUSÃO:** Protocolos assistenciais de sepse podem qualificar o cuidado no pronto atendimento ao tornar o reconhecimento e as medidas iniciais mais oportunos e coordenados. Entretanto, sua efetividade depende de integração entre triagem, equipe médica, enfermagem, laboratório, farmácia e regulação de leitos, associada a capacitação, recursos e monitoramento contínuo. A combinação entre fluxos baseados em evidências, julgamento clínico e auditoria de processos é fundamental para reduzir atrasos e assegurar assistência segura ao paciente com suspeita de sepse.

REFERÊNCIAS

EVANS, L. et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, v. 47, n. 11, p. 1181-1247, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>. INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE SEPSE. Protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico: atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico. São Paulo: ILAS, s.d. Disponível em: <https://ilas.org.br/wp-content/uploads/2022/02/protocolo-de-tratamento.pdf>. Acesso em: 24 set. 2026.

CAPÍTULO 9

COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PREVENÇÃO, LONGITUDINALIDADE E INTEGRALIDADE

Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Stephanie Bueno
Querem Evelyn da Silva Pereira
Júlia Dalegrave Marques
Anne Carolyne Luzia Gonçalves Rufino

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o modo predominante de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e estrutura-se a partir de atributos essenciais reconhecidos internacionalmente: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Após décadas de expansão, a ESF acumulou avanços relevantes na reorientação do modelo assistencial e na ampliação do acesso com equidade; contudo, o cuidado em rede permanece como um desafio não resolvido, sobretudo na articulação entre a atenção primária e os demais pontos do Sistema Único de Saúde (SUS) (MELO; SILVA, 2025). A coordenação do cuidado, entendida como a capacidade de organizar e integrar as ações voltadas a um mesmo usuário ao longo do tempo e entre diferentes serviços, depende tanto de processos internos às equipes de saúde da família quanto de condições estruturais da rede assistencial. **DESENVOLVIMENTO:** A Política Nacional de Atenção Básica define a coordenação do cuidado como atributo essencial da APS, responsável por elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes de saúde, garantindo a continuidade do cuidado e evitando a fragmentação da assistência (BRASIL, 2017). Essa coordenação apoia-se na longitudinalidade, compreendida como a manutenção de vínculo contínuo entre equipe e usuário ao longo do tempo, independentemente da presença ou ausência de doença. O acompanhamento sustentado favorece o conhecimento da história de vida e de saúde das famílias, fortalecendo a confiança e ampliando a capacidade de identificação precoce de necessidades e riscos. A prevenção materializa-se na ESF por meio de ações programáticas, educação em saúde, imunização, rastreamento de condições prevalentes e acompanhamento de grupos vulneráveis, sendo potencializada quando associada à

longitudinalidade e ao conhecimento do território. A integralidade, por sua vez, expressa-se na capacidade da equipe de reconhecer as necessidades de saúde em suas dimensões biológica, psicológica e social, articulando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma combinada, e não fragmentada. Estudo publicado na *Ciência & Saúde Coletiva* destaca que, embora a APS brasileira tenha avançado na face interna da coordenação — relacionada ao processo de trabalho das equipes —, sua efetivação plena depende de elementos que extrapolam a atenção primária, sobretudo da organização e do funcionamento da atenção especializada e de dispositivos de integração entre esses níveis assistenciais (MELO; SILVA, 2025). Entre os mecanismos que fortalecem a coordenação do cuidado, destacam-se o apoio matricial, a pactuação de fluxos de referência e contrarreferência, os sistemas de regulação e o uso de prontuários compartilhados, ferramentas que buscam sincronizar as ações realizadas em diferentes pontos da rede. Estudo realizado no município do Rio de Janeiro com profissionais da ESF constatou avanços na organização do processo de trabalho das equipes, favorecendo a coordenação do cuidado, mas identificou que a articulação entre APS e atenção especializada ainda carece de maior grau de integração, mesmo quando a atenção primária se responsabiliza pelo itinerário do usuário na rede (OLIVEIRA, 2015). **CONCLUSÃO:** A coordenação do cuidado na Estratégia Saúde da Família articula-se estreitamente com a longitudinalidade e a integralidade, constituindo eixo estruturante da atenção primária no SUS. Seu fortalecimento depende tanto da organização do processo de trabalho das equipes quanto da qualificação dos fluxos entre a atenção primária e a atenção especializada, sendo indispensável investir em dispositivos de integração e continuidade para que os avanços da ESF se traduzam em cuidado efetivamente coordenado e centrado no usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 24 set. 2026.

MELO, E. A.; SILVA, A. S. Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da Estratégia Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 12, e16232025, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320253012.16232025>.

OLIVEIRA, G. S. M. Estratégias de coordenação do cuidado: uma análise do fortalecimento da APS e seu papel coordenador no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2015. Disponível em: <https://redeaps.org.br/estudos-em-aps/estrategias-de-coordenacao-do-cuidado-uma-analise-do-fortalecimento-da-aps-e-seu-papel-coordenador-no-municipio-do-rj/5250/>. Acesso em: 24 set. 2026.

CAPÍTULO 10

SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL NO PRONTO ATENDIMENTO

**Caroline Martins Shor
Cesar Romero Lima Ferreira
Juliana de Oliveira Alves
Valéria Souza Bentes da Cunha**

RESUMO

INTRODUÇÃO: O sangramento uterino anormal (SUA) corresponde a alterações de volume, duração, regularidade ou frequência do sangramento proveniente do corpo uterino na ausência de gestação. No pronto atendimento, sua apresentação aguda caracteriza episódio de intensidade suficiente para exigir intervenção imediata, seja pelo risco de instabilidade hemodinâmica, seja pelo impacto sintomático e funcional. A prioridade é diferenciar sangramento ginecológico de causas relacionadas à gestação e reconhecer precocemente hipovolemia, anemia importante e condições que demandem intervenção urgente. Após estabilização inicial, a investigação etiológica deve organizar-se pelo sistema PALM-COEIN, que contempla causas estruturais e não estruturais na idade reprodutiva (MUNRO et al., 2018). **DESENVOLVIMENTO:** A abordagem inicial deve seguir princípios de avaliação de gravidade: aferição de sinais vitais, avaliação do estado geral, estimativa clínica da perda sanguínea e pesquisa de sinais de hipovolemia ou instabilidade hemodinâmica. Acesso venoso, reposição volêmica e coleta de hemograma devem ser considerados de acordo com a intensidade do quadro; tipagem sanguínea e prova de compatibilidade são indicadas quando há risco de transfusão. Em toda pessoa em idade reprodutiva, a gestação deve ser excluída por teste apropriado, pois gravidez ectópica e abortamento configuram diagnósticos diferenciais prioritários. A anamnese deve abordar padrão menstrual, início e intensidade do sangramento, dor pélvica, possibilidade de gestação, uso de contraceptivos e anticoagulantes, comorbidades, coagulopatias e antecedentes ginecológicos. O exame especular auxilia a localizar a origem do sangramento e identificar lesões vaginais ou cervicais; exame bimanual deve ser realizado quando clinicamente seguro e útil. Após a estabilização, a classificação PALM-COEIN sistematiza a investigação em pólipos, adeniose, leiomioma, malignidade/hiperplasia, coagulopatia, disfunção ovulatória, causas endometriais, iatrogênicas e não classificadas. A ultrassonografia pélvica,

preferencialmente transvaginal quando viável, é útil para avaliar alterações estruturais, embora não deva retardar medidas de ressuscitação ou hemostasia em paciente instável. A necessidade de investigação endometrial deve ser individualizada conforme idade, fatores de risco para hiperplasia ou malignidade e persistência do sangramento. De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists, a avaliação inicial do SUA agudo inclui reconhecimento imediato de hipovolemia e instabilidade; uma vez estabilizada a paciente, a etiologia deve ser classificada e o tratamento selecionado conforme contraindicações e contexto clínico (ACOG, 2013). Quando a paciente está hemodinamicamente estável e não há contraindicações, o tratamento medicamentoso é a primeira opção na maioria dos casos. As alternativas incluem estrogênio conjugado intravenoso, esquemas de múltiplas doses de contraceptivos orais combinados ou progestagênios e ácido tranexâmico; a escolha exige avaliação de risco tromboembólico, contraindicações hormonais, suspeita de coagulopatia e desejo reprodutivo (ACOG, 2013). Após o controle do episódio, é essencial planejar seguimento para investigação etiológica e terapia de manutenção, reduzindo recorrência e assegurando rastreamento de condições estruturais ou endometriais relevantes. **CONCLUSÃO:** No pronto atendimento, o manejo seguro do sangramento uterino anormal requer reconhecer instabilidade, excluir causas gestacionais, restaurar a volemia quando necessário e instituir hemostasia sem atrasos. A investigação orientada pelo sistema PALM-COEIN e o uso individualizado de terapias medicamentosas permitem tratar a maioria das pacientes estáveis, enquanto instabilidade, falha clínica ou suspeita de patologia relevante exigem intervenção especializada. O seguimento após a fase aguda é indispensável para definir a etiologia e prevenir novos episódios.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. ACOG Committee Opinion, n. 557, 2013. Reaffirmed 2019. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/04/management-of-acute-abnormal-uterine-bleeding-in-nonpregnant-reproductive-aged-women>. Acesso em: 24 set. 2026.

MUNRO, M. G. et al. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. International Journal of Gynecology

& Obstetrics, v. 143, n. 3, p. 393-408, 2018. DOI:
<https://doi.org/10.1002/ijgo.12666>.

CAPÍTULO 11

OSTEOARTRITE DE JOELHO E QUADRIL: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO CONSERVADOR E INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

Lorenzo Hendler Maggi
Lucas Bortogliero do Valle
Luiz Fernando Jun Aoyagi
Juliana de Oliveira Alves
Giulia Weber Fernandes da Silva

RESUMO

INTRODUÇÃO: A osteoartrite de joelho e quadril é uma doença articular degenerativa que compromete cartilagem, osso subcondral e estruturas periarticulares, sendo causa relevante de dor crônica e limitação funcional em adultos. Seu diagnóstico é predominantemente clínico, sustentado por história de dor mecânica, rigidez de curta duração e exame físico compatível, com exames de imagem utilizados para confirmação e exclusão de diagnósticos alternativos, e não como critério isolado de gravidade. O manejo inicial deve priorizar intervenções não farmacológicas e farmacológicas antes de considerar procedimentos cirúrgicos, conforme reforçado por revisão sistemática de diretrizes internacionais que convergem na recomendação de exercício terapêutico, educação do paciente e controle de peso como pilares do cuidado (CONLEY et al., 2023). Assim, o capítulo situa-se na necessidade de conduzir o paciente por um percurso terapêutico progressivo e individualizado, reservando a cirurgia para situações bem definidas.

OBJETIVO: Este capítulo tem como objetivo discutir o diagnóstico da osteoartrite de joelho e quadril, as estratégias de tratamento conservador e os critérios que fundamentam a indicação cirúrgica. **DESENVOLVIMENTO:** O diagnóstico da osteoartrite de joelho e quadril baseia-se em critérios clínicos: dor articular relacionada à atividade, rigidez matinal breve, crepitação, redução da amplitude de movimento e, eventualmente, deformidade. Radiografia simples pode evidenciar redução do espaço articular, osteófitos e esclerose subcondral, mas a correlação entre achados radiográficos e intensidade dos sintomas é imperfeita, de modo que a decisão terapêutica deve priorizar o quadro clínico e o impacto funcional relatado pelo paciente. Revisão sistemática de diretrizes de manejo conservador identificou recomendações essenciais e amplamente aplicáveis, independentemente da articulação afetada: exercício físico estruturado, educação sobre a doença e autocuidado, e perda de peso quando houver sobrepeso ou obesidade

(CONLEY et al., 2023). Essas recomendações compõem a base do chamado tratamento núcleo, sobre a qual se somam intervenções complementares. A indicação cirúrgica, sobretudo de artroplastia, deve considerar dor persistente e incapacitante, limitação funcional relevante para atividades cotidianas, falência do tratamento conservador otimizado e confirmação radiográfica de osteoartrite compatível com a gravidade clínica. A diretriz de prática clínica da American Academy of Orthopaedic Surgeons para manejo cirúrgico da osteoartrite de joelho recomenda que a decisão pela artroplastia considere gravidade dos sintomas, expectativas realistas do paciente e resposta insuficiente às medidas não cirúrgicas, evitando indicação precoce baseada isoladamente em achados radiográficos (AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS, 2022). O mesmo racional se estende à osteoartrite de quadril, na qual a artroplastia total é considerada quando dor e perda funcional comprometem significativamente a qualidade de vida, após esgotamento apropriado das alternativas conservadoras. A decisão compartilhada, contemplando riscos cirúrgicos, comorbidades e expectativas de recuperação, é parte indispensável desse processo. **CONCLUSÃO:** O manejo da osteoartrite de joelho e quadril deve seguir uma sequência lógica: diagnóstico clínico fundamentado, implementação consistente de exercício, educação e controle de peso, complementados por tratamento farmacológico individualizado, reservando a cirurgia para casos com dor e incapacidade persistentes após tratamento conservador adequado. Essa abordagem escalonada, apoiada em diretrizes atuais, favorece resultados funcionais mais duradouros e evita tanto o subtratamento quanto a indicação cirúrgica prematura, reafirmando a centralidade da decisão compartilhada entre paciente e equipe médica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS. Management of osteoarthritis of the knee (non-arthroplasty), evidence-based clinical practice guideline. 3. ed. Rosemont: AAOS, 2022. Disponível em: <https://www.aaos.org/oak3cpg>. Acesso em: 24 set. 2026.

CONLEY, B. et al. Core recommendations for osteoarthritis care: a systematic review of clinical practice guidelines. *Arthritis Care & Research*, v. 75, n. 9, p. 1897-1907, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.25101>.

KOLASINSKI, S. L. et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research*, v. 72, n. 2, p. 149-162, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/acr.24131>.

CAPÍTULO 12

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E OTIMIZAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE CIRÚRGICO

Caio Augusto Dias Carneiro
Diego Daltro Fernandes Gomes
Moana Borçato Cestari
Juliana de Oliveira Alves
Júlia Dalegrave Marques

RESUMO

INTRODUÇÃO: A avaliação pré-anestésica é uma etapa central do cuidado perioperatório, destinada a reconhecer condições clínicas que modificam o risco, planejar a técnica anestésica e cirúrgica e preparar o paciente para o procedimento. Seu propósito não é apenas autorizar ou adiar uma operação, mas promover decisão compartilhada e intervenções proporcionais ao risco individual e à urgência cirúrgica. A avaliação deve integrar história clínica, exame físico, capacidade funcional, comorbidades, medicamentos em uso e características do procedimento. Diretrizes contemporâneas recomendam abordagem cardiovascular escalonada, com utilização de instrumentos validados, como o Revised Cardiac Risk Index (RCRI) ou calculadoras do National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP), quando houver doença cardiovascular conhecida, fatores de risco ou sintomas sugestivos (THOMPSON et al., 2024). **OBJETIVO:** Este capítulo tem como objetivo discutir os princípios da avaliação pré-anestésica, enfatizando a estratificação de risco e a otimização clínica do paciente submetido a cirurgia. **DESENVOLVIMENTO:** A consulta pré-anestésica deve identificar doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, hepáticas e neurológicas, diabetes, anemia, apneia obstrutiva do sono, alergias, eventos anestésicos prévios, tabagismo, consumo de álcool e condições que dificultem o manejo de via aérea. Além de estimar risco, o exame direciona a necessidade de exames complementares; solicitações rotineiras e indiscriminadas podem produzir achados incidentais, custos e atrasos sem alterar a conduta. A recomendação é selecionar testes segundo condições clínicas, complexidade e porte da cirurgia, em vez de aplicá-los universalmente (NICE, 2016). A otimização clínica envolve corrigir fatores modificáveis sem provocar adiamentos desnecessários. A anemia pré-operatória deve ser pesquisada precocemente em pacientes que não serão submetidos a procedimentos menores, pois seu reconhecimento permite investigar a causa e instituir tratamento adequado, inclusive reposição de ferro quando indicada (SABATINO et al., 2023).

Controle de hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, doença pulmonar e cessação do tabagismo devem ser individualizados conforme tempo disponível e impacto esperado. A comunicação clara sobre jejum, manejo medicamentoso, analgesia, riscos anestésicos e plano pós-operatório reduz incertezas e favorece adesão. Dessa forma, a avaliação pré-anestésica transforma dados clínicos em um plano perioperatório seguro, articulado entre anestesiologia, cirurgia, clínica médica e o próprio paciente.

CONCLUSÃO: A avaliação pré-anestésica qualificada associa estratificação de risco, investigação dirigida e otimização de comorbidades para apoiar decisões seguras e centradas no paciente. Testes e encaminhamentos devem ser solicitados quando houver potencial de modificar a conduta, enquanto fatores reversíveis, como anemia e manejo inadequado de medicamentos, devem ser identificados precocemente. A atuação integrada da equipe multiprofissional, com comunicação efetiva e planejamento individualizado, é indispensável para reduzir eventos perioperatórios e aprimorar os resultados cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

BHAVE, N. M. 2024 AHA/ACC perioperative cardiovascular management guideline: key points. American College of Cardiology, 24 set. 2024. Disponível em: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2024/09/23/04/15/2024-aha-acc-perioperative-guideline-gl>. Acesso em: 24 set. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Routine preoperative tests for elective surgery. London: NICE, 2016. (NICE guideline NG45). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng45>. Acesso em: 24 set. 2026.

SABATINO, A. D. et al. Recommendations from the International Consensus Conference on Anemia Management in Surgical Patients (ICCAMS). *Annals of Surgery*, v. 277, n. 4, p. 581-590, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005722>.

THOMPSON, A. et al. 2024 AHA/ACC/ACS/ASNC/HRS/SCA/SCCT/SCMR/SVM guideline for perioperative cardiovascular management for noncardiac surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 84, n. 20, p. 2052-2129, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2024.06.013>.

CAPÍTULO 13

OLHO VERMELHO NA PRÁTICA MÉDICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E SINAIS DE GRAVIDADE

Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Alessandra Almeida Rocha
Juliana de Oliveira Alves

RESUMO

INTRODUÇÃO: Olho vermelho é uma queixa frequente em atendimentos ambulatoriais e de urgência, com causas que variam de processos autolimitados a doenças que ameaçam a visão. A hiperemia pode decorrer de acometimento conjuntival, corneano, escleral, uveal ou de aumento agudo da pressão intraocular; por isso, o diagnóstico não deve se basear apenas no aspecto externo. Conjuntivite é uma causa comum de olho vermelho agudo, mas dor intensa, fotofobia, redução visual ou antecedente de trauma penetrante são sinais associados a condições potencialmente graves e exigem avaliação oftalmológica especializada (ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE, 2025). A abordagem inicial estruturada permite diferenciar cenários de menor risco daqueles que requerem encaminhamento imediato. **OBJETIVO:** Este capítulo tem como objetivo discutir o diagnóstico diferencial do olho vermelho e identificar sinais de gravidade que orientam a avaliação e o encaminhamento na prática médica. **DESENVOLVIMENTO:** A anamnese deve caracterizar início, lateralidade, evolução, intensidade da dor, prurido, secreção, sensação de corpo estranho, fotofobia e alteração visual. Também é necessário investigar trauma, exposição química, uso de lentes de contato, procedimentos oculares recentes, medicamentos e doenças autoimunes. Secreção purulenta e aderência palpebral são compatíveis com conjuntivite bacteriana; lacrimejamento, sintomas respiratórios e adenopatia pré-auricular podem sugerir etiologia viral; e prurido bilateral favorece conjuntivite alérgica. Hemorragia subconjuntival costuma manifestar-se como mancha bem delimitada, geralmente indolor e sem perda visual. Contudo, a unilateralidade persistente, a recorrência ou a apresentação atípica devem ampliar a investigação, pois a denominação “conjuntivite” não deve encobrir ceratite, uveíte anterior, esclerite ou glaucoma agudo de ângulo fechado. O exame deve incluir acuidade visual em ambos os olhos, inspeção de pálpebras e conjuntiva, avaliação pupilar, motilidade ocular, padrão da hiperemia e transparência corneana. Quando disponíveis e indicados, biomicroscopia, fluoresceína, tonometria e fundoscopia complementam a avaliação. Dor profunda e intensa, fotofobia

consensual, miose, injeção ciliar ou alteração na câmara anterior sugerem uveíte; dor exacerbada à palpação e hiperemia violácea levantam suspeita de esclerite. Defeito epitelial corneano, infiltrado, opacidade ou úlcera apontam para ceratite, cuja forma bacteriana é especialmente relevante em usuários de lentes de contato. A American Academy of Ophthalmology destaca o uso de lente de contato como principal fator de risco para ceratite microbiana nos Estados Unidos, justificando baixo limiar para avaliação especializada nesses pacientes (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2024). A redução da acuidade visual, dor moderada a intensa, fotofobia, opacidade corneana, pupila irregular ou pouco reativa, cefaleia com náuseas ou vômitos, trauma ocular, suspeita de corpo estranho intraocular e proptose são sinais de alarme. No glaucoma agudo de ângulo fechado, dor ocular intensa associada a visão embaçada, halos, cefaleia, náuseas e pupila médio-dilatada demanda tratamento urgente. Exposição química requer irrigação imediata e abundante antes de qualquer etapa diagnóstica que a retarde. Na ausência de sinais de gravidade e com apresentação típica de conjuntivite, o manejo pode ser clínico, com orientação de retorno diante de piora. Entretanto, corticosteroides tópicos não devem ser iniciados empiricamente, pois podem agravar ou mascarar infecção corneana. A prioridade prática é reconhecer precocemente o risco visual e assegurar encaminhamento oportuno. **CONCLUSÃO:** O olho vermelho deve ser avaliado por meio de história dirigida e exame ocular básico, com atenção especial à acuidade visual, dor, fotofobia, córnea, pupilas e antecedentes de trauma ou uso de lentes de contato. Conjuntivites explicam grande parte dos casos, mas a presença de sinais de gravidade exige excluir ceratite, uveíte, esclerite, glaucoma agudo e trauma ocular. O reconhecimento desses achados, associado ao encaminhamento imediato quando indicado, é decisivo para prevenir perda visual e qualificar o cuidado médico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Bacterial keratitis preferred practice pattern®. San Francisco: AAO, 2024. Disponível em: <https://www.aao.org/education/preferred-practice-pattern/bacterial-keratitis-ppp-2023>. Acesso em: 24 set. 2026.

ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE. Clinical practice guidelines: acute red eye. Melbourne: RCH, 2025. Disponível em: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/acute_red_eye/. Acesso em: 24 set. 2026.

CAPÍTULO 14

LESÕES CUTÂNEAS SUSPEITAS: AVALIAÇÃO CLÍNICA, DERMATOSCOPIA E RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PELE

Déborah Ellen Alves Vieira Santos
Alexandra Saray Borja Mancheno
Bruno Francisco de Assis Jung Policarpo
Eduarda Mansano Estigarribia
Gabriela Reginato Prates Martins

RESUMO

INTRODUÇÃO: A identificação precoce das neoplasias cutâneas depende do reconhecimento oportuno de lesões suspeitas e de encaminhamento adequado para confirmação diagnóstica. No Brasil, o câncer de pele não melanoma é o mais frequente e corresponde a cerca de 30% dos tumores malignos registrados no país, enquanto o melanoma, embora menos incidente, apresenta maior potencial de disseminação (INCA, 2025a; INCA, 2025b). Exposição à radiação ultravioleta, pele clara, história pessoal ou familiar de câncer de pele, múltiplos nevos e imunossupressão integram fatores que devem orientar a estratificação clínica do risco. Nesse cenário, a inspeção cutânea sistematizada e a dermatoscopia qualificam a avaliação, mas não substituem a confirmação histopatológica quando há suspeita de malignidade. **DESENVOLVIMENTO:** A avaliação clínica deve iniciar por anamnese dirigida, incluindo tempo de evolução, mudança recente, sintomas como sangramento ou prurido, exposição solar cumulativa e antecedentes individuais e familiares. Ao exame físico, lesões pigmentadas podem ser examinadas segundo a regra ABCDE — assimetria, bordas irregulares, variação de cor, diâmetro e evolução —, com destaque para a mudança percebida pelo paciente. Lesões não pigmentadas também exigem atenção, sobretudo pápulas ou placas persistentes, ulceradas, com sangramento recorrente, crescimento progressivo ou ausência de cicatrização. Esses critérios auxiliam a seleção de casos para avaliação especializada, sem estabelecer diagnóstico isoladamente. Diante de suspeita clínica de melanoma, a diretriz europeia de 2024 recomenda confirmação por dermatoscopia e, quando indicada, exame histopatológico da lesão (GARBE et al., 2024). O rastreamento populacional por inspeção visual de rotina permanece controverso. A United States Preventive Services Task Force concluiu que as evidências são insuficientes para determinar o balanço entre benefícios e danos do rastreamento por exame visual em adolescentes e adultos assintomáticos (USPSTF, 2023). Essa conclusão não se aplica à

investigação de lesões sintomáticas ou clinicamente suspeitas, nem diminui a importância da prevenção primária e da vigilância de pessoas com risco elevado. Assim, recomenda-se educação para fotoproteção, reconhecimento de alterações cutâneas e procura precoce de avaliação médica, associada à abordagem individualizada conforme fototipo, exposição, imunossupressão e antecedentes oncológicos. O cuidado baseado em risco evita tanto a falsa segurança de exames isolados quanto procedimentos desnecessários em população de baixo risco. **CONCLUSÃO:** A abordagem das lesões cutâneas suspeitas deve combinar história clínica, exame físico completo e dermatoscopia realizada por profissional capacitado, com confirmação histopatológica quando houver indicação. Embora não existam evidências suficientes para recomendar rastreamento visual universal de indivíduos assintomáticos, a estratificação de risco, a educação em saúde e a investigação célere de lesões em modificação são estratégias essenciais para favorecer o diagnóstico oportuno do câncer de pele e reduzir danos evitáveis.

REFERÊNCIAS

- GARBE, C. et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for diagnosis and treatment of melanoma – update 2024. *European Journal of Cancer*, v. 210, 114367, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.114367>.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Câncer de pele melanoma. Rio de Janeiro: INCA, 2025a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma>. Acesso em: 24 set. 2026.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Câncer de pele não melanoma. Rio de Janeiro: INCA, 2025b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>. Acesso em: 24 set. 2026.
- JONES, O. T. et al. Sensitivity and specificity for skin cancer diagnosis in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Investigative Dermatology*, v. 142, n. 11, p. 2883-2892.e11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jid.2022.03.038>.
- US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for skin cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, v. 329, n. 15, p. 1290-1295, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.4340>.

CAPÍTULO 15

ADESÃO AO PROTOCOLO ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) E SEUS IMPACTOS

Laura Leme de Araujo Rodrigues da Silva
Maria Luiza Gomes Moreira
Laura Poeta

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) consiste em um modelo de cuidado perioperatório multimodal e baseado em evidências, organizado para reduzir a resposta fisiológica ao trauma cirúrgico e favorecer a recuperação. Seus componentes abrangem, conforme a especialidade e o procedimento, educação pré-operatória, abreviação segura do jejum, analgesia multimodal, prevenção de náuseas e vômitos, manutenção da normotermia, mobilização e alimentação precoces. Mais do que a simples existência de um protocolo, os resultados dependem de sua aplicação consistente pela equipe e da participação informada do paciente. Em cirurgia colorretal, diretrizes da ERAS Society sistematizam medidas perioperatórias que articulam decisões cirúrgicas, anestésicas e assistenciais (GUSTAFSSON et al., 2019). Assim, avaliar a adesão permite compreender se os benefícios atribuídos ao ERAS são efetivamente alcançados na prática clínica. **DESENVOLVIMENTO:** A adesão ao ERAS deve ser entendida como a proporção de elementos previstos que é realizada adequadamente em cada etapa do cuidado, e não como mera inclusão do paciente em uma via institucional. Essa mensuração é relevante porque os componentes atuam de forma complementar: o benefício esperado depende da integração entre preparo pré-operatório, técnicas anestésico-cirúrgicas e reabilitação pós-operatória. Em estudo de coorte com 224 pacientes submetidos à cirurgia colorretal, Máximo et al. (2023) observaram que a conformidade perioperatória igual ou superior a 75% associou-se a menor ocorrência do desfecho composto de complicações, reoperação e readmissão, além de menor tempo entre cirurgia e alta. Os impactos de uma adesão qualificada transcendem a redução de complicações e do tempo de internação. A recuperação funcional mais precoce, o uso racional de opioides e a maior previsibilidade do percurso assistencial podem beneficiar pacientes e serviços, desde que não se transformem em metas rígidas de alta. O plano deve considerar condição clínica, tipo de operação, fragilidade, comorbidades e intercorrências, preservando a autonomia profissional diante de situações que exijam desvio justificado do protocolo. A monitorização de taxas de

cumprimento por componente, dos eventos adversos, da readmissão e da experiência do paciente possibilita identificar fragilidades locais e aperfeiçoar o cuidado. Dessa forma, o ERAS é mais efetivo quando incorporado como estratégia institucional de melhoria contínua, e não como checklist desvinculado do julgamento clínico. **CONCLUSÃO:** A adesão consistente ao protocolo ERAS é elemento central para que suas intervenções multimodais se convertam em melhores resultados perioperatórios. As evidências indicam associação entre maior conformidade e menos complicações, menor tempo até a alta e recuperação mais eficiente; contudo, sua sustentabilidade depende de integração multiprofissional, educação do paciente, adaptação ao contexto assistencial e avaliação sistemática dos resultados. Na prática médica, a implementação deve combinar padronização baseada em evidências e individualização clínica, assegurando segurança e qualidade em todas as fases do cuidado cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- GUSTAFSSON, U. O. et al. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, v. 43, p. 659-695, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>.
- MÁXIMO, M. A. et al. Association between enhanced recovery after surgery protocol compliance and clinical complications: a cohort study. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, v. 73, n. 2, p. 186-192, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2021.08.018>.
- WANG, D. et al. Barriers to implementation of enhanced recovery after surgery (ERAS) by a multidisciplinary team in China: a multicentre qualitative study. *BMJ Open*, v. 12, n. 3, e053687, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053687>.

CAPÍTULO 16

O CÓDIGO DA VIDA ENTRE A VIDA E A MORTE: A PULSÃO, O SINTOMA E O SUJEITO EM FREUD E LACAN

Lilian Cristina Gomes Oliveira

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discutir a articulação entre a pulsão de vida e de morte no pensamento freudiano e sua reelaboração por Jacques Lacan, especialmente no que concerne ao lugar do sujeito no campo do significante. Propõe-se uma leitura simbólica e topológica da pulsão, compreendendo o real como o ponto de impossibilidade da linguagem e o sintoma como forma de inscrição do sujeito no desejo. A análise sustenta que o fantasma, enquanto estrutura de gozo, não se dissolve — mas pode ser interpretado, deslocado e reinscrito pelo trabalho analítico.

INTRODUÇÃO

Desde as primeiras formulações de Freud, a noção de pulsão (Trieb) ocupa o centro da teoria psicanalítica. Se inicialmente a pulsão aparece como uma força que visa a satisfação, em 1920, com *Além do princípio do prazer*, Freud introduz a ideia da pulsão de morte, rompendo com a ilusão de uma natureza puramente vital ou harmônica. A partir daí, a vida passa a ser pensada também como um movimento que tende à sua própria destruição, instaurando um paradoxo estrutural: viver é, de algum modo, morrer.

Jacques Lacan retoma essa problemática a partir da estrutura da linguagem. Para ele, a pulsão não é apenas uma força biológica, mas uma montagem significativa que inscreve o corpo no campo do Outro. Assim, a morte não é ausência de vida, mas uma presença simbólica — um limite que dá forma ao desejo.

A Pulsão de Morte em Freud: o Retorno ao Inorgânico

Freud define a pulsão de morte como a tendência de todo ser vivo a retornar a um estado anterior à vida. Essa formulação, longe de ser apenas biológica, implica uma reflexão ética e ontológica. A morte, em Freud, é a verdade do organismo — mas também a verdade da repetição. O sujeito, movido pela compulsão à repetição, busca o mesmo ponto de dor, como se ali residisse a promessa de uma satisfação impossível.

A pulsão de morte, portanto, não se opõe à pulsão de vida, mas a atravessa. Ambas coexistem e se tensionam, numa dialética que

constitui o próprio movimento da subjetividade. É nessa tensão que se inscreve o sintoma — o lugar onde o gozo encontra uma forma.

Real em Lacan: o Impossível de Dizer O discurso da psicanálise e o discurso da ontologia dialogam em torno da mesma pergunta central: “O que é o ser?”

Mas eles respondem de modos radicalmente distintos — e é justamente nesse ponto que nasce a fecundidade desse encontro.

ONTOLOGIA: O SER COMO ESSÊNCIA

A ontologia, desde Aristóteles e retomada por Heidegger, busca compreender o ser enquanto ser. Ela pergunta “o que é o ser humano em sua essência?”, tentando apreender o que há de permanente, universal, fundante. O ser, aqui, é o fundamento da existência — aquilo que é, que se sustenta e permanece.

Heidegger vai dizer que o ser humano (Dasein) é aquele que se pergunta sobre o seu próprio ser.

Portanto, o ser é abertura, é possibilidade, é o “estar no mundo”. Psicanálise: o sujeito como falta-a-ser A psicanálise, ao contrário, começa não pela afirmação do ser, mas pela falta do ser. Freud nos mostra que o sujeito é movido por desejos inconscientes, por algo que lhe falta e que nunca se completa. Lacan aprofunda isso dizendo:

“O sujeito é efeito do significante — é o que aparece onde o significante o representa para outro significante.” —
LACAN, Seminário XI (1964)

O discurso psicanalítico, portanto, não é ontológico, mas ético e estrutural. Ele não busca definir o que é o ser, mas escutar como o sujeito fala de si mesmo e como se constitui na linguagem.

Em outras palavras: • A ontologia quer saber “o que é o ser”; • A psicanálise mostra que “o ser é aquilo que falta”.

O ponto de convergência: o ser como abertura

No entanto, há um ponto de encontro sublime entre ambas: tanto na psicanálise quanto na ontologia, o ser não é substância, mas movimento.

Freud diz que “onde isso estava, o eu devo advir” (Wo Es war, soll Ich werden), e Heidegger diz que “o ser é o tempo” (Sein und Zeit)

Para Lacan, o real é o que escapa à simbolização, aquilo que não cessa de não se inscrever.

Quando o sujeito se depara com o real, ele o faz através do sintoma — essa escrita enigmática do inconsciente. O sintoma é, portanto, a resposta do sujeito ao impossível do real, uma tentativa de dar forma ao sem-sentido.

A leitura topológica de Lacan mostra que o sujeito se constitui nos buracos do simbólico. A vida e a morte, nesse contexto, não são opostos, mas dois registros do mesmo corte. O gozo se dá nesse intervalo, onde o corpo e o significante se encontram. O Fantasma e a Ética da Escuta “O inconsciente é o discurso do Outro.” — Jacques Lacan, Seminário XI (1964)

O PRINCÍPIO DO PRAZER EM FREUD

Freud, em “Além do princípio do prazer” (1920), descreve o princípio do prazer como a tendência fundamental do aparelho psíquico: reduzir a tensão, evitar o desprazer e buscar a satisfação das pulsões. É o movimento vital que orienta o sujeito a retornar ao estado de equilíbrio, de satisfação imediata, de gozo.

Mas o humano não é apenas regido por esse princípio — ele é também atravessado por outro: o princípio de realidade, que o obriga a adiar ou transformar o prazer em algo socialmente possível, simbolicamente aceito, linguisticamente mediado.

Assim, a existência se torna o palco onde o desejo se escreve entre dois polos:

o prazer que quer o gozo absoluto, o retorno ao estado de indiferenciação (como o bebê no seio materno); e a realidade, que o frustra, mas o humaniza.

O PRAZER E A EXISTÊNCIA: O SUJEITO COMO TENSÃO

A existência, para o sujeito freudiano, é marcada por uma tensão constante entre Eros (a pulsão de vida) e Thanatos (a pulsão de morte). O princípio do prazer é, então, ambíguo: ele quer o prazer, mas, no limite, busca a extinção da tensão — o zero absoluto, que coincide com a morte.

Por isso, viver é sustentar o conflito:

“Existir é suportar a impossibilidade de um prazer total.”

O sujeito, portanto, não vive para o prazer, mas a partir dele — o prazer é o motor do desejo, e o desejo é o modo de existir.

O PRINCÍPIO DO PRAZER COMO ÉTICA DO EXISTIR

Na leitura lacaniana, o prazer (ou o gozo) é o ponto em que o corpo fala o impossível da linguagem. O “princípio do prazer” se transforma, então, numa ética do limite: viver é borderar o gozo, é encontrar prazer no inacabado, no não-todo, no intervalo entre o que se deseja e o que se pode dizer.

Heideggeralaria aqui de Ser-no-mundo, e Lacan traduziria: o sujeito é aquele que goza de sua falta. Assim, o princípio do prazer na existência não é a busca de felicidade, mas a arte de habitar o desejo, de aceitar que o prazer só existe porque há falta, e é nessa falta que o ser se escreve.

Síntese poética

O princípio do prazer é a respiração da alma: inspira o desejo, expira a renúncia. Entre o sim e o não da existência, o sujeito encontra o sabor do seu próprio ser.

O ser e o si: a escrita da existência Quando Lacan traz o inconsciente para o campo da linguagem, ele não apenas desloca a psicanálise de uma teoria do eu (ego) para uma teoria do sujeito, mas reconfigura a própria questão da ontologia — a questão do ser. Em Heidegger, o ser é o que se desvela no tempo. Em Lacan, o ser se escreve na falta. O si não é uma substância que se possui, mas um traço — uma inscrição de ausência.

O sujeito lacaniano não “é”, ele se escreve. Escreve-se no lapso, no ato falho, no sonho, no desejo que escapa. A ontologia lacaniana é, portanto, uma ontologia da falta, ou, como ele mesmo define, uma “ontologia do não-todo”. O ser do sujeito é fendido, dividido entre o que fala e o que é falado.

A EXISTÊNCIA E O OUTRO A FASE DO ESPELHO (OU O NASCIMENTO IMAGINÁRIO DO “EU”)

O bebê diante do espelho — o instante fundador

Lacan apresenta a fase do espelho em 1936 e a desenvolve em 1949, descrevendo o momento em que a criança, entre 6 e 18 meses, reconhece sua própria imagem refletida. Mas esse “reconhecer” é, na verdade, um engano estruturante.

O bebê, ainda descoordenado, fragmentado em seus movimentos e sensações corporais, vê no espelho uma imagem total, unificada, harmônica — algo que ele ainda não é, mas que deseja ser.

Nesse instante, nasce o “eu ideal”: uma ficção que organiza o corpo, que dá unidade ao que era disperso.

“A criança antecipa mentalmente a maturação de seu corpo, e é essa antecipação jubilatória que funda o eu.” — Jacques Lacan, *Escritos* O “eu” é, portanto, um efeito de imagem, um reflexo. O sujeito se vê onde ele ainda não está, e é assim que ele entra no mundo simbólico.

O imaginário e a alienação

O espelho não é apenas um objeto físico: é a metáfora do Outro — aquele que devolve uma imagem de nós mesmos, um olhar que nos constitui. O sujeito, ao se reconhecer, o faz através do olhar do Outro. Assim, o “eu” nunca é autônomo; é uma construção alienada, dependente do reflexo e da linguagem. É por isso que Lacan dirá:

“O eu é outro.” (Je est un autre — citação que Lacan retoma de Rimbaud)

A fase do espelho inaugura o registro imaginário: o campo das identificações, das ilusões de completude, das comparações, das imagens ideais. Mas o sujeito real, dividido e desejante, nunca coincidirá com essa imagem ideal. É nesse descompasso que nasce o desejo.

O espelho e o princípio do prazer

Aqui se faz o elo com Freud: o princípio do prazer busca reduzir a tensão, enquanto o espelho cria a ilusão de totalidade, de um corpo pleno, sem falta. Mas essa imagem perfeita é inalcançável — e é isso que mantém o desejo vivo.

A partir da fase do espelho, o sujeito vive tentando reencontrar aquele instante de júbilo — o momento em que se viu inteiro. Toda busca amorosa, toda ambição, todo narcisismo é, de certa forma, o retorno ao espelho.

Contudo, o prazer se torna possível apenas no reconhecimento do limite, quando o sujeito aceita que o reflexo é apenas reflexo.

O ser e a imagem — uma leitura ontológica

Na ontologia lacaniana, o “si” (ou o ser do sujeito) não está no espelho, mas no intervalo entre o olhar e a imagem. O sujeito é o que falta na imagem que o representa. É o furo entre o que ele vê e o que ele é. “O ser do sujeito está no campo do Outro; ele só é onde não se vê, e se vê onde não é.” — Lacan,

Seminário XI

Assim, a fase do espelho é mais do que uma etapa do desenvolvimento: é a condição estrutural da existência humana — ver-se fora de si, desejar o que não se é, e sustentar-se nessa diferença.

Síntese poética > No espelho, o ser nasce dividido: metade imagem, metade ausência. O “eu” é um reflexo que sorri, enquanto o sujeito, invisível, se descobre desejante.

Se para a filosofia clássica o ser se sustenta em si mesmo, em Lacan o sujeito só existe no campo do Outro. O Outro — com “O” maiúsculo — é a estrutura simbólica, a linguagem, o lugar onde o desejo se articula e se representa. É nesse campo do Outro que o “si” se forma, mas nunca se totaliza. O je lacaniano é um pronome cindido, um espelho que reflete um reflexo — uma imagem que acredita ser inteira, mas que é sustentada por uma falta constitutiva.

Assim, o “si” lacaniano não é o mesmo que o “si” cartesiano. Descartes dizia “penso, logo existo”. Lacan, ao contrário, diria: “sou pensado, logo me falta ser”. A existência, para ele, não é garantida pelo pensamento, mas pela falta no ser — esse intervalo onde o desejo habita.

O ser como furo: o real e o impossível A DIALÉTICA DA FRUSTRAÇÃO (O jogo entre o desejo, o limite e o ser)

O nascimento da frustração

Em Freud, a frustração não é apenas a falta de um objeto concreto; é a experiência originária da perda. Desde o bebê que chora pelo seio da mãe e não o tem imediatamente, o sujeito é marcado pela diferença entre o que deseja e o que o mundo lhe oferece. Essa diferença funda o desejo. Pois se tudo fosse satisfeito, não haveria desejo — e, portanto, não haveria sujeito.

A frustração, então, não é patológica; ela é estrutural. É o primeiro espelho da castração simbólica: o “não” que a realidade impõe e que permite a entrada na linguagem, na lei, na cultura.

A dialética: o jogo entre ter e não ter

Lacan retoma Freud e propõe a frustração como um movimento dialético, isto é, um jogo de oposição que se transforma em criação. Entre o prazer e a lei, entre o desejo e o impossível, o sujeito se constitui.

“A frustração não é o contrário do desejo; é o que o sustenta.” — Lacan, Seminário IV

Na dialética da frustração, o sujeito oscila:

Entre o ter e o não-ter, descobrindo que o objeto do desejo nunca é o objeto real, mas uma falta simbolizada;

Entre o amor e a perda, entendendo que amar é desejar aquilo que, de algum modo, se escapa;

Entre o ideal e o possível, aceitando que o prazer pleno é impossível, mas o desejo o mantém vivo.

Assim, a frustração deixa de ser obstáculo e se torna motor da existência.

A frustração como experiência de linguagem. A criança só se torna sujeito quando ouve um “não” — quando a mãe ou o Outro impede a satisfação imediata. Esse “não” inscreve a lei, marca o limite, e abre o espaço da palavra.

Por isso, a frustração é a primeira forma de simbolização. Ela ensina que o prazer não é imediato, mas mediado pela linguagem, pela cultura, pelo outro. Em outras palavras: o sujeito aprende que só pode desejar através dos significantes — e nunca o objeto em si.

É na frustração que nasce a fala, pois o desejo precisa ser dito para existir.

A frustração e a ética do desejo

A verdadeira ética da psicanálise — como ensina Lacan — não é a de eliminar a frustração, mas a de saber habitá-la. Pois desejar é viver sob a falta, sem tentar tamponá-la com o consumo, o poder, ou o amor idealizado.

O sujeito ético é aquele que reconhece:

“Eu não tenho tudo, e é por isso que existo.”

Essa aceitação transforma a dor em potência, a ausência em criação, o limite em possibilidade de encontro.

O ser e o não-ser — uma leitura ontológica

Na ontologia da psicanálise, o sujeito é o intervalo entre o que quer e o que pode. Ele só existe no movimento entre presença e ausência, prazer e falta. Por isso, a frustração é dialética: não se supera, se sustenta.

Heidegger diria que o ser é “o que se abre na falta do ente”; Lacan diria que o sujeito é “o efeito de uma falta no ser”. Em ambos, há a mesma verdade: é o vazio que dá forma ao existir.

Síntese poética

A frustração é o berço do desejo. O que falta, funda. O que se perde, ensina. O sujeito não nasce do que tem, mas da ausência que o faz buscar.

A ontologia lacaniana se realiza em três registros: o Simbólico, o Imaginário e o Real. O Real é aquilo que não se deixa simbolizar — o furo no ser, o ponto de impossibilidade. É nesse ponto que a existência se torna experiência. A ontologia lacaniana, portanto, não é metafísica, mas topológica: o sujeito é uma dobra, uma torção, um movimento de escrita e apagamento. O “si” se escreve como o traço de algo que não pode ser dito, mas apenas inscrito. É o sinthome — o ponto de amarração entre o ser e o gozo. Lacan, ao reinventar o campo do sujeito, transforma a ontologia em escritura: o ser não é o que se é, mas o que se escreve entre o dito e o não-dito. O fantasma (fantasme), em Lacan, é a cena onde o sujeito se representa a si mesmo em relação ao objeto de seu desejo. Ele é o enquadre do gozo.

Contudo, o analista, em sua escuta, não busca destruir o fantasma, mas fazer o sujeito atravessá-lo. Essa travessia não é uma superação moral, mas uma operação simbólica — o sujeito se implica no que repete e, assim, desloca seu lugar no desejo. O analista não cura, mas sustenta o vazio onde o sujeito pode se reescrever. É nesse ponto que a vida se reinventa, não como oposição à morte, mas como sua elaboração simbólica.

Conclusão

A vida, em psicanálise, não é um estado, mas um ato - o ato de sustentar a falta que nos constitui.

Freud nos ensina que pulsão é movimento; uma busca constante para preencher um vazio,impulsionada por desejos e pulsões (de vida e de morte) que geram conflitos internos e sofrimento psíquico.

“O propósito de Eros é reunir indivíduos em uma grande unidade (...) Eros é a pulsão de vida e divide o mundo com a pulsão de morte - Thanatos. Na tensão entre elas segue o homem com o objetivo de ser feliz.”

A ideia central é que a vida psíquica é o resultado da interação e conflito constante entre ambas pulsões de vida e de morte. A pulsão de morte precisa ser desviada para fora do organismo em forma de agressividade para não causar a autodestruição, já a pulsão de vida está ligada à libido, preservar a vida.

Freud estabelece as bases do dualismo pulsional e do sintoma como formação de compromisso. Lacan, ao reler Freud pela via da linguagem e do Real, unifica a pulsão sob a égide da pulsão de morte e introduz o conceito de gozo para explicar a satisfação masoquista e repetitiva que o sintoma encerra, redefinido o sujeito como um ser dividido e alienado na linguagem.

Lacan nos mostra que tal movimento é estruturado pela linguagem, o inconsciente é este estruturado, tramado, encadeado, tecido de linguagem, cujos elementos da linguagem-significante, são a base a partir da qual a realidade psíquica é o fantasma se constroem. A abordagem lacaniana se distancia da metafísica tradicional e se concentra no inconsciente, nos registros do real, simbólico e imaginário e na lógica da fantasia, onde estes conceitos fundamentais moldam a existência do sujeito, assim a teoria das pulsões é vista como uma forma de ontologia negativa que se baseia na negação é na falta.

A entrada do sujeito na linguagem implica uma perda, um corte que gera uma falta constitutiva-a castração. O desejo não é a busca por um objeto específico, mas a tentativa de lidar com esta falta. O fantasma funciona como um cenário imaginário que encena a relação do sujeito com o objeto a (objeto causa do desejo), uma espécie de objeto perdido. A linguagem é o material e a estrutura que permite a formação do fantasma, que por sua vez, origina e regula o desejo do sujeito em relação à realidade, mascarando a falta fundamental imposta pela própria entrada na ordem simbólica. Para a teoria lacaniana a lógica da fantasia é entendida como uma estrutura que molda a realidade psíquica do sujeito, em contraste com uma visão mais lógica ou tradicional de “ser”.

O sujeito se inscreve através da fala e por onde da mesma forma se perde e é nessa perda que o desejo se reinventa, é a vida mesmo atravessada pela morte, encontra seu sentido.

Para a psicanálise o “código da vida” não é um conjunto de regras biológicas ou divinas, mas sim a complexa teia de processos psíquicos inconscientes, linguagem e desejos que moldam a experiência subjetiva de

cada ser humano que por sua vez deve buscar a sua intersubjetivação para se estabelecer sujeito de si mesmo.

REFERÊNCIAS

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

LACAN, Jacques. Seminário, Livro 7: A Ética da Psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. Seminário, Livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

SUMMUS, Sociedade Psicanálise. Cadernos de Psicanálise. Belo Horizonte, 2025.

FREUD, Sigmund. Os caminhos da formação dos sintomas (1917). Ed. standart brasileira das obras psicológicas completa (vol.XVI, PP.419-440) RJ Imago Original publicado em 1917.

FREUD Sigmund (1980) Inibição, sintoma e angústia, (J. Salomão, Trad. Ed. standart brasileira das obras psicológicas completas (vol. XX, pp108-198) RJ - Imago- original publicado em 1926).

LACAN, Jacques. Seminário, livro 4: A relação do objeto (1956-1957). Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LACAN, Jacques. Seminário livro 5: As formações do inconsciente (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

Publicação em capítulo de livro

A coletânea de artigos em livro digital visa democratizar o acesso dos pesquisadores brasileiros à publicação de suas pesquisas, teorias e métodos. A Editora Epitaya recebe os textos e após a revisão por pares, o material é publicado.

Todos os livros possuem registro de ISBN e os capítulos são registrados no DOI (Digital Object Identifier System).

Verifique os textos aceitos para publicação como capítulo de livro

- Trabalho apresentado em congresso internacional, nacional, regionais e/ou encontros de pesquisa;
- Trabalho de Conclusão de Curso / Monografia;
- Dissertação de Mestrado;
- Tese de Doutorado;
- Relatório de Pesquisa;
- Relatório de Pesquisa Pós-Doc;
- Artigo de Pesquisa original;
- Artigo de Revisão;
- Artigo de Opinião;
- Artigo de Relato de Experiência;
- Demais formatos, verificar com a assessoria editorial.

Para maiores informações, entre em contato!

contato@epitaya.com.br ✉

www.epitaya.com.br 🌐

@epitaya 📷

<https://www.facebook.com/epitaya> 📘

(21) 98141-1708 📞

CAMINHOS DO CONHECIMENTO

Bruno Matos de Farias
Organizador

